

Når legen innleder et intimt forhold til pasienten

*En undersøkelse av legers normoppfatning i
tilsynssaker*

Gro Vik Knutsen



Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for samfunn og helse
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO
2012

© Gro Vik Knutsen

År 2012

Tittel: « Når legen innleder et intimt forhold til pasienten. En undersøkelse av legers normoppfatning i tilsynssaker»

Forfatter: Gro Vik Knutsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Statens helsetilsyn

Sammendrag

Bakgrunn

Hvert år fratas leger sin autorisasjon fordi de misbruker sin stilling til å innlede et privat og intimt forhold til en av sine pasienter. En slik rollesammenblanding kan påføre pasienten betydelig skade.

Problemstilling

Oppgaven har til hensikt å undersøke legers oppfatninger i tilsynssaker der en lege gjennom sin rolle som profesjonell behandler, utvikler en privat og intim relasjon til pasienten, og om legers oppfatninger er sammenfallende eller avvikende fra den faglige normen som Statens helsetilsyn legger til grunn, når de vurderer om legen skal fratas autorisasjon.

Materiale og metode

Data er samlet inn ved å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer med totalt tolv leger. Den ene fokusgruppen bestod av seks leger som arbeider ved en somatisk sykehusavdeling. Den andre fokusgruppen bestod av seks leger som alle arbeider som fastleger. Sentralt under diskusjonene i fokusgruppene, var fire kasuistikker som bygde på reelle tilsynssaker, og som omhandlet saker der en lege hadde innledet et forhold til en av sine pasienter. Materialet ble gjenstand for kvalitativ metode.

Resultater

Hovedfunnene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det var en uttalt bevissthet blant allmennleger og sykehusleger om at det ikke er god yrkesetikk å misbruke sin stilling til å innlede et seksualisert forhold til en pasient en har vært lege for
- Sykehuslegene syntes i større grad enn allmennlegene, å vektlegge pasientens diagnose som årsak til manipulerende trekk ved pasienters atferd. Allmennlegene

uttalte at pasientene også kan ha et selvstendig ansvar for å forhindre at slike forhold oppstår

- Når det gjaldt tidsmessige forhold ved rollesammenblanding, var det usikkerhet blant legene om det forelå en karenstid fra det formelle lege-pasient-forholdet var avsluttet til det var akseptabelt å innlede et intimt forhold til en pasient. Legene vektla ikke som formildende faktor at det hadde gått lang tid fra det private forholdet til pasienten var avsluttet, og til saken ble kjent for tilsynsmyndighetene
- Allmennlegene fokuserte på om det ved innledningen av et intimt forhold mellom lege og pasient, kunne foreligge formildende faktorer som burde vektlegges når en skulle avgjøre den tilsynsmessige konsekvensen av rollesammenblanding. Sykehuslegene syntes i mindre grad å være grad opptatt av slike formildende faktorer, da de i større grad vektla legens absolutte ansvar for å forhindre at det oppstod en privat og seksualisert relasjon
- I gruppen med sykehusleger ble det hevdet at psykiatere har et spesielt ansvar for å unngå at private relasjoner oppstår. Gruppen med allmennleger syntes ikke i samme grad å mene at psykiatere måtte være særlig aktsomme da allmennleger også behandler svært mange pasienter med psykisk sykdom
- Få av legene i fokusgruppeintervjuene var kjent med at Statens helsetilsyn fratar leger autorisasjonen i tilsynssaker der leger utnytter sin rolle til å innlede et intimt forhold til en av sine pasienter
- Legene kunne i liten grad huske at de hadde hatt spesifikk opplæring i studietiden om rollesammenblanding. Det var varierende hvorvidt legene hadde vært borti temaet senere i sin yrkeskarriere

Konklusjon

Legene som er intervjuet i denne undersøkelsen deler i det vesentlige Statens helsetilsyns normoppfatning dersom en lege bryter den profesjonelle grensen som behandler, og innleder et intimt forhold til en pasient. Til tross for at leger vet at de ikke bør innlede et intimt forhold til en pasient, skjer dette.

Det synes å være lite systematisk opplæring om temaet rollesammenblanding i grunn- og spesialistutdanningen av leger. Ved å øke fokus på denne problemstillingen under medisinerutdanningen og i videreutdanningen av leger, kan leger bli mer rustet til å unngå at slike situasjoner oppstår, og dermed hindre at pasienter utsettes for slike traumatiske hendelser. Innsatsen for å høyne bevisstheten rundt denne problemstillingen hos ferdige spesialister, bør særlig rettes mot allmennleger og psykiatere. Statens helsetilsyn bør bidra til å øke fokus rundt problemstillingen ved hjelp av artikler/kronikker og møtevirksomhet.

Forord

Bakgrunnen for mitt valg av tema for masteroppgave i helseadministrasjon, har vært min egen overraskelse da jeg som nyansatt seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, ble kjent med at flere helsepersonell hvert år mister autorisasjonen fordi de har inngått et intimt forhold til en av sine pasienter. Før jeg begynte å arbeide i Statens helsetilsyn i 2011, hadde jeg i svært liten grad reflektert over denne problemstillingen. Jeg har i mange år arbeidet på sykehus med indremedisinske og geriatrike pasienter og har personlig aldri støtt på slike utfordringer. Jeg kan heller ikke erindre at jeg har møtt kollegaer eller hørt om situasjoner der dette har vært en problemstilling. Min bevissthet rundt temaet var følgelig liten, samtidig som jeg i min egen rolleforståelse som lege, har hatt en klar oppfatning av at legerollen ikke må misbrukes til å innlede private og intime relasjoner til pasienter. Med denne bakgrunnen, ønsket jeg å undersøke hvordan leger opplever denne rolleforståelsen og hvordan de vurderer tilsynssaker som omhandler rollesammenblanding. Jeg ønsket også å undersøke nærmere hvorvidt legers oppfatninger er sammenfallende eller avvikende fra den vurderingen Statens helsetilsyn gjør, i saker der Statens helsetilsyn vurderer om en lege skal miste autorisasjonen etter å ha inngått en privat og intim relasjon til en av sine pasienter.

Oppgaven er en del av det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder Jan Frich fra instituttet som alltid har vært tilgjengelig og har hatt konstruktive tilbakemeldinger. Tusen takk for inspirerende samarbeid! Jeg vil også takke min bi-veileder og fagsjef i Statens helsetilsyn, Aud Nordal som har vært til uvurderlig hjelp både ved å støtte meg i å prioritere oppgaveskrivingen og gjennom sin solide faglige kunnskap om problemstillingen rundt rollesammenblanding.

Jeg vil takke kollegaer som gjennom faglige diskusjoner har gjort at dette temaet har blitt spennende å skrive om. En spesiell takk til Bjørn, Camilla og Lars for god hjelp med kvalitetssikring. En stor takk også til de tolv legene som stilte opp i fokusgruppeintervjuene i sin fritid, og som bidro med engasjement og personlige refleksjoner. Takk også til med-studenter på kull XXIV og ikke minst til min strålende kollokviegruppe fra kullet.

Til slutt en stor takk til min alltid støttende ektefelle Olav og mine flotte barn Ingrid, Anders og Ole. Jeg skal love deg Ole, at jeg skal rydde den ene enden av spisebordet og at jeg framover ikke «alltid» skal sitte der med PCn min. Det gleder jeg meg til!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Autorisasjon og autorisasjonstap hos helsepersonell.....	2
1.2.1	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	2
1.2.2	Fylkesmannen og Statens helsetilsyn	3
1.2.3	Statens helsepersonellnemnd.....	4
1.3	Begrepet “rollesammenblanding”	4
1.4	Legerollen	5
1.4.1	Opplæring og kunnskap om legerollen	5
1.4.2	Legens spesielle ansvar for å ivareta en profesjonell rolle.....	6
1.4.3	Hvorfor skjer likevel rollesammenblanding?	7
1.5	Konsekvenser for pasienten av rollesammenblanding	9
1.6	Rettsregler, samarbeid med politiet og behandling av tilsynssaker i rettssystemet...	10
1.6.1	Rettsregler	10
1.6.1	Samarbeid mellom Statens helsetilsyn og politiet.....	10
1.6.2	Behandling av tilsynssaker i rettssystemet	11
1.7	Etiske regler for leger	12
1.8	Normen og normforståelsen ved rollesammenblanding blant helsepersonell	14
1.8.1	Praksis i Statens helsetilsyn.....	14
1.8.2	Kjennskap hos helsepersonell om faren for å miste autorisasjonen ved rollesammenblanding	15
1.8.3	Den norske legeforenings rolle i slike saker	16
1.9	Faktagrunnlag fra Statens helsetilsyn	16
1.9.1	Generelt om tilsynssaker i Statens helsetilsyn	16
1.9.2	Autorisasjonstap hos helsepersonell i Norge	17
1.9.3	Autorisasjonstap hos leger i Norge	18
1.9.4	Saker behandlet i Statens helsetilsyn fra 2007-2011	19
1.9.5	Samarbeid med nordiske tilsynsmyndigheter	19
1.10	Forekomst av rollesammenblanding	20
1.11	Problemstilling	22
1.11.1	Bakgrunn for valg av problemstilling	22

1.1.1.2	Problemstillingen	22
2	Materiale og metode.....	24
2.1	Valg av kvalitativ metode.....	24
2.2	Beskrivelse av fremgangsmåte og datainnsamling.....	25
2.2.1	Valg av informanter	25
2.2.2	Bruk av kasuistikker	27
2.2.3	De fire kasuistikkene	28
2.3	Intervjueguiden	32
2.4	Egen rolle.....	34
2.5	Innledning til fokusgruppeintervjuet og informasjon til deltakerne	35
2.6	Transkribering	36
2.7	Analyse av data fra fokusgruppeintervjuene	37
3	Resultater.....	39
3.1	Kategorisering av resultatene	39
3.2	Kasuistikk 1: Mannlig psykiater og kvinnelig yngre pasient	40
3.2.1	Forventninger til legerollen	40
3.2.2	Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding.....	42
3.2.3	Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen	43
3.2.4	Vurdering av konsekvensene for den involverte legen	45
3.3	Kasuistikk 2: Mannlig allmennlege og kvinnelig pasient	46
3.3.1	Forventninger til legerollen	46
3.3.2	Betydningen av pasientens diagnose.....	48
3.3.3	Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding.....	48
3.3.4	Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen	49
3.3.5	Vurdering av konsekvensene for den involverte legen	49
3.4	Kasuistikk 3: Mannlig allmennlege og sykepleier ved legekantoret som også var hans pasient	50
3.4.1	Forventninger til legerollen	50
3.4.2	Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding.....	50
3.4.3	Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen	51
3.4.4	Vurdering av konsekvensene for den involverte legen	52
3.5	Kasuistikk 4: Kvinnelig psykiater og kvinnelig pasient.....	52
3.5.1	Forventninger til legerollen	52

3.5.2	Betydning av pasientens diagnose.....	53
3.5.3	Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen	54
3.5.4	Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding.....	54
3.5.5	Vurdering av konsekvensene for den involverte legen	55
3.6	Generelle betraktninger	56
3.6.1	Opplæring om legerollen og rollesammenblanding	56
3.6.2	Henvisningspraksis.....	57
3.6.3	Kunnskap om behandling av tilsynssaker	57
4	Diskusjon.....	58
4.1	Metoderefleksjon.....	58
4.1.1	Refleksivitet og validitet	58
4.1.2	Overførbarhet	60
4.2	Hovedfunn	61
4.3	Legers bevissthet rundt legerollen.....	62
4.3.1	Legerollen og rollesammenblanding	62
4.3.2	Brudd mot normen	64
4.4	Spørsmål ut i fra hovedfunnene	65
4.5	Har pasientens diagnose noen betydning?.....	66
4.6	Har pasienten et selvstendig ansvar?	70
4.7	Finnes det formildende faktorer?.....	73
4.7.1	Betydningen av små forhold på bygda	73
4.7.2	Betydningen av “ekte kjærlighet”	75
4.7.3	Betydningen av hvor de hadde sex.....	75
4.7.4	Trusler om offentliggjøring	76
4.7.5	Tidsmessige faktorer	76
4.7.6	Oppsummering av formildende faktorer	78
4.8	Har det betydning om rollesammenblandingen involverer en psykiater?	79
4.9	Mangler leger kunnskap om eksisterende praksis?	80
4.10	Mangler leger opplæring om legerollen?	82
	Konklusjon	85
	Litteraturliste	89
	Vedlegg	93
	Kodegruppe med subgrupper	93

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er i Norge satt spesielle krav til det enkelte helsepersonell ved at det kreves en offentlig godkjenning (autorisasjon) før et helsepersonell kan benytte yrkestittelen etter endt utdanning. I tillegg er yrkesutøvelsen lovregulert blant annet gjennom helsepersonelloven som pålegger det enkelte helsepersonell en rekke oppgaver og plikter. Loven tydeliggjør helsepersonellens ansvar for ulike oppgaver, slik som plikten til å gi øyeblikkelig hjelp, informasjonsplikten, regler i forhold til taushetsplikt og journalføringsplikten. Plikten til å yte forsvarlig helsehjelp er også en av grunnpilarene i helsepersonelloven og er den rettslige standarden for utførelsen av helsehjelpen. Hovedformålet både med autorisasjonsordningen og lovreguleringen, er å ivareta pasientenes sikkerhet og bidra til kvalitet i helsetjenesten slik at befolkningen kan ha tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Helsepersonelloven kapittel 11 omhandler hvilke reaksjoner Statens helsetilsyn kan ilegge når helsepersonell ikke har overholdt loven. Det stilles strenge krav til helsepersonell når det gjelder misbruk av vanedannende medikamenter, herunder alkohol. Loven gir hjemmel for å tilbakekalle autorisasjonen dersom autorisasjonsinnehaveren viser grov mangel på faglig innsikt eller på grunn av atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen. I dette ligger det også et krav til at helsepersonell opprettholder en profesjonell rolle overfor den enkelte pasient, og at helsepersonell ikke må misbruke sin stilling til å inngå en privat og intim relasjon til en pasient helsepersonellet har truffet gjennom sin yrkesutøvelse.

Som nyansatt i Statens helsetilsyn ble jeg overrasket over at helsepersonell kunne miste autorisasjonen i saker der et helsepersonell hadde innledet et intimt forhold til en pasient. Personlig hadde jeg ikke reflektert særlig mye over denne problemstillingen gjennom min karriere som geriater, der jeg særlig har hatt behandlingsansvar for pasienter som var rammet av hjerneslag. Jeg hadde heller ikke opplevde at dette temaet var fremhevet verken under medisinerutdanningen eller i spesialiseringen i regi av Den norske legeforening. Etter at jeg startet som seniorrådgiver i Statens helsetilsyn, erfarte jeg også at andre nyansatte opplevde normen for autorisasjonstap i slike saker som relativt streng. I tilsynssaker som vurderes i forhold til pliktbestemmelsen i helsepersonelloven § 4 om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, må det påvises svært

alvorlige og gjentatte lovbrudd, før autorisasjonsbegrensninger eller autorisasjonstap blir vurdert som en egnet reaksjonsform. I saker der en lege misbruker et lege-pasient-forhold til å inngå en privat og intimt forhold til en pasient, er tap av autorisasjon den reaksjonsformen som Statens helsetilsyn oftest benytter.

I denne masteroppgaven vil jeg undersøke om den normen som Statens helsetilsyn anvender for autorisasjonstap overfor helsepersonell som innleder et privat og intimt forhold til en av sine pasienter, er i tråd med legers generelle normoppfatning om hva som skal til for å miste autorisasjonen i slike tilsynssaker. For å begrense masteroppgaven vil jeg kun fokusere på rollesammenblanding mellom pasient og lege, og ikke mellom pasient og annet helsepersonell.

1.2 Autorisasjon og autorisasjonstap hos helsepersonell

Jeg vil innledningsvis beskrive noen forvaltningsorganer, trekke fram bakgrunnen for autorisasjonsordningen for helsepersonell, klargjøre juridiske og etiske regelverk og påpeke viktige trekk i behandling av tilsynssaker mot helsepersonell. Da min masteroppgave ikke gjelder helsepersonell generelt, men fokuserer på leger, omhandler det følgende særlig sider ved legerollen og legers ståsted og plikter.

1.2.1 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Det er 29 yrkesgrupper i det norske helsevesenet som må ha en profesjongodkjenning, det vil si autorisasjon eller lisens, før helsepersonellet kan utøve sitt yrke. Autorisasjonen innebærer en forhåndskontroll av at man har nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter (skikkethet), og at man har de personlige egenskaper som kreves for å være helsepersonell (egnethet) før det gis tillatelse til å arbeide i yrket. Med autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på en faglig forsvarlig måte.

Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) som vurderer søknader om autorisasjon og formelt utsteder autorisasjoner ved endt utdanning, eller vurderer om et helsepersonell har fått nødvendig kyndighet på annen måte. I 2011 utstedte Statens autorisasjonskontor over 18 000 autorisasjoner og lisenser.

Det er Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsmyndighet, som har det formelle ansvaret for å vurdere om autorisasjonen skal tilbakekalles etter en hendelse.

1.2.2 Fylkesmannen og Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har ansvar for tilsyn med barnevern, sosiale tjenester i NAV og helse- og omsorgstjenester. Statens helsetilsyn er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, men er et uavhengig tilsynsorgan. Helseavdelingen hos Fylkesmannen og fylkeslegene i de 18 ulike fylkesmannsembetene er underlagt Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsorgan. Statens helsetilsyn avgjør selv i stor utstrekning ut i fra risiko- og sårbarhetsanalyser, hvilke tjenester en velger å utføre tilsyn med og hvilke temaer en ønsker å vurdere.

I tillegg til planlagte tilsyn som etaten selv tar initiativ til, behandler Fylkesmannen og Statens helsetilsyn en rekke saker som baserer seg på enkelthendelser. Dette gjelder særlig innenfor helse- og omsorgssektoren, og hoveddelen av sakene starter etter klager fra pasienter eller pårørende.

Det er fylkesmennene som starter de fleste hendelsesbaserte tilsynssaker, det vil si tilsyn etter at det har skjedd en uheldig hendelse. Fylkesmannen kan i sine vedtak gi kritikk og bemerkninger om de mangler som blir påvist. Helseavdelingen hos fylkesmennene avslutter selv en rekke tilsynssaker. Dette gjelder saker der det påvises avvik fra god praksis, men der det ikke påvises brudd på helselovgivningen. Fylkesmannen kan også avslutte saker der det er påvist lovbrudd, men der lovbruddet ikke er av en så alvorlig karakter at det er indikasjon for å oversende saken til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

Fylkesmennene avslutter selv nesten alle saker der det er vurdert og påvist systemsvikt ved ulike virksomheter, slik som helseforetak og sykehjem.

I saker der det skal vurderes om involvert helsepersonell skal gis en administrativ reaksjon, forbereder fylkesmannen tilsynssaken, før saken oversendes til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Omlag 10 % av alle hendelsesbaserte tilsynssaker fra helse- og omsorgssektoren, oversendes fra fylkesmennene til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner mot enkeltpersonell eller virksomheter.

1.2.3 Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell over vedtak om avslag på søknad om autorisasjon og lisens truffet av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. I tillegg behandler de klager over vedtak om administrative reaksjoner fra Statens helsetilsyn og vedtak om spesialistgodkjenning fra Helsedirektoratet. Statens helsepersonellnemnd er også klageorgan for visse vedtak truffet av Statens legemiddelverk etter apotekloven. Statens helsepersonellnemnd er et uavhengig organ med både helsefaglig og juridisk kompetanse.

I saker der helsepersonell klager over vedtak fra Statens helsetilsyn om advarsel eller tilbakekall av autorisasjon, rettes klagen til Statens helsetilsyn som saksforberedende organ. Statens helsetilsyn gjennomgår saken på nytt og vurderer ytterligere dokumentasjon som eventuelt kan være fremlagt i saken. Dersom Statens helsetilsyn opprettholder sitt vedtak om advarsel eller tilbakekall av autorisasjon, oversendes hele saken med alle dokumenter til Statens helsepersonellnemnd, og saken gjennomgås og vurderes i sin helhet på nytt før nemda fatter sitt vedtak. Statens helsepersonellnemnd omgjør kun et fåtall av saker der helsepersonell har fått tilbakekalt autorisasjonen av Statens helsetilsyn. Praksisen i Statens helsetilsyn gjenspeiler med andre ord vedtakene fra helsepersonellnemda i denne type saker.

1.3 Begrepet “rollesammenblanding”

Med legerollen menes de normer og indre og ytre forventninger som knytter seg til posisjonen som lege i et samfunn. En lege kan ha litt ulike roller i ulike situasjoner, og det kan noen ganger være utfordrende å definere hva som er den eksakte rollen i en bestemt situasjon. Dette kan gi opphav til rollekonflikter. Rollen som privatperson vil ikke være forenlig med rollen som profesjonell, og vil kunne representere en ”rollesammenblanding”. Med rollesammenblanding menes i denne sammenhengen at helsepersonell som har eller har hatt en rolle som profesjonell behandler, utvikler en privat og intim relasjon til en pasient. Andre betegnelser som kan omtale det samme forholdet er «grenseoverskridende adferd», «seksuelle overgrep i terapi» eller «seksuelle grenseoverskridelser». Jeg har i min tekst valgt å bruke det mer nøytrale ordet «rollesammenblanding» når jeg omtaler helsepersonell som innleder et privat og ofte seksualisert forhold til en pasient de har eller har hatt en behandlingsrelasjon til.

Jeg vil i oppgaven ikke gå inn på seksuelle overgrep der pasienten ensidig blir seksuelt misbrukt, ved at legen for eksempel benytter selve undersøkelsessituasjon til å forgripe seg på pasienten eller ved at pasienten blir dopet ned for at legen skal utføre seksuelle overgrep. Jeg vil i oppgaven fokusere på situasjoner der det over noe tid utvikler seg en privat relasjon mellom pasient og behandler, og der forholdet etter hvert utvikler seg til et intimt og seksuelt forhold.

Rollesammenblanding kan foregå mellom ulike typer helsepersonell og pasienter, klienter eller brukere av ulike slag. Leger - og da særlig psykiatere, og psykologer er imidlertid i en særstilling fordi de gjennom sin ofte tette relasjon til enkeltpasienter, særlig kan stå i fare for å overskride den profesjonelle grensen som de juridiske og etiske er forpliktet til å inneha.

1.4 Legerollen

1.4.1 Opplæring og kunnskap om legerollen

Opplæring i legerollen er et sentralt tema ved universitetene som utdanner leger i Norge. Gjennom fokus blant annet på pasientens integritet, kommunikasjon og det etiske perspektivet, vil rollen som den profesjonelle helsearbeideren bli vektlagt. Mye av undervisningen i løpet av medisinerstudiet foregår som bed-side-undervisning og i såkalt små-gruppe-undervisning. Ved en slik mester-svenn tilnærming vil legerollen bli demonstrert i ulike situasjoner både innen somatikk og psykisk helsevern. Det vil hos den nyutdannede lege etter hvert vokse fram en forståelse for de bestemte rammene som må foreligge for at en lege skal oppnå en god relasjon til pasienten.

I forbindelse med denne masteroppgaven, har jeg vært i kontakt med noen av studiestedene som utdanner leger i Norge. Tilbakemeldingene jeg har fått fra de ansvarlige personene ved de ulike instituttene og fakultetene ved universitetene i Oslo og Bergen, er at det i løpet av studietiden holdes forelesninger og undervisning som omhandler legerollen generelt, men at temaet rollesammenblanding i liten grad berøres. Temaet rollesammenblanding synes ikke systematisk å være noen del av grunnopplæringen i medisinske atferdsfag, kommunikasjon eller etikk, og i den grad temaet tas opp, virker det å være mer tilfeldig. Jeg har vært i kontakt med flere professorer som foreleser om nærliggende temaer ved de to universitetene, og de har gitt tilbakemeldinger om at temaet rollesammenblanding i for liten grad blir ivaretatt i

undervisningen. Kontaktpersonene har også uttrykt at det synes betimelig at lærestedene ser nærmere på hvorvidt dette temaet bør belyses ytterligere i løpet av medisinerstudiet.

1.4.2 Legens spesielle ansvar for å ivareta en profesjonell rolle

Leger kommer gjennom sitt arbeid tett på pasienters sykdom, liv og følelser. Lege-pasient-forholdet er asymmetrisk, da legen gjennom sin rolle er i en maktposisjon i forhold til pasienten. Pasienten vil i stor grad være underlagt legens vurderinger, og hvordan den enkelte lege utøver sitt yrke. Denne ubalansen i relasjonen fordrer at legen hele tiden må opptre profesjonelt, og ikke trå over den profesjonelle grensen slik at behandlingsrelasjonen privatiseres og det utvikles et intimt eller seksualisert forhold.

Tillit er en svært viktig dimensjon i en behandlerrelasjon (Grimen, 2001). Tilliten kan ødelegges dersom grensene mellom ulike uforenlige roller overskrides. Dersom et lege-pasient-forhold ikke lenger er profesjonelt, kan pasienten lett føle seg utnyttet og misbrukt. Det asymmetriske forhold er særlig uttalt mellom psykiatere/psykologer og deres pasienter. Pasienter innen psykisk helsevern er dertil ofte i en spesielt sårbar fase. I en psykoterapeutisk behandlingsrelasjon vil pasienten gjennom terapien kunne berøre dypt personlige forhold, og mange pasienter vil utvikle stor grad av avhengighet til sin behandler. Psykoterapeutiske relasjoner består ofte av konsultasjoner over en lengre tidsperiode, der behandler og pasient møtes regelmessig gjennom en-til-en kontakt. Det psykoterapeutiske behandlingsaspektet i psykiatrien inkluderer overføring og motoverføring mellom pasient og behandler, og er en viktig del av den terapeutiske prosessen, slik det blant annet er beskrevet av Gundersen (2007).

Det er avgjørende at den enkelte behandler klart skiller de mekanismene og opplevelsene som opptrer i en slik relasjon, fra egne følelser, opplevelser og behov. Det er den enkelte lege som har hovedansvaret for at behandlerrelasjonen hele tiden blir ivaretatt profesjonelt. Mange pasienter har en uttalt lojalitet til sin behandler og vil ha vanskeligheter med å agere dersom relasjonen skifter karakter og privatiseres. Dersom det oppstår følelser av mer privat eller intim karakter, har legen ansvar for å sørge for at behandlerrelasjonen umiddelbart opphører, og at videre utvikling av en personlig relasjon forhindres.

1.4.3 Hvorfor skjer likevel rollesammenblanding?

Til tross for at legerollen stiller klare krav til at legen ikke må misbruke sin stilling til å inngå et privat og seksualisert forhold, skjer dette likevel. Jeg vil senere i dette kapittelet si noe om omfanget av denne problemstillingen. I dette avsnittet vil jeg reflektere rundt hvorfor leger som presumptivt bør vite at de kan påføre pasienten en alvorlig skade ved å innlede et intimt forhold, likevel ikke klarer å avslutte relasjonen i tide.

Problemstillingen er kjent også fra andre virksomheter som kjennetegnes av en lignende makt-ubalansen. Det kan dreie seg om professorer ved universiteter og høyskoler som innleder et forhold til unge studenter eller stipendiater. Tilsvarende kan situasjoner oppstå dersom en dirigent inngår et forhold til en helt ung musiker i et orkester, eller en lærer forelsker seg i en elev. Alle disse situasjonene innehar noen av de samme elementene når det gjelder makt-ubalanse, alder, erfaring og posisjon. Relasjonene har også noe «forbudt» og «spennende» over seg.

Mange leger og annet helsepersonell kan komme i situasjoner der de kan kjenne på en fascinasjon eller seksuell tiltrekking overfor en pasient. Det er likevel en stor avstand fra å kjenne på slike følelser og til faktisk å bidra til at det utvikler seg til et seksuelt forhold. Som regel vil det være mange små eller store hinder en trår over, før et slikt seksuelt forhold er en realitet. Hvorfor er det noen som ikke klarer å stoppe langs denne veien?

Som jeg skal komme tilbake til senere, er det flere av de tilsynssakene der det ender med autorisasjonstap, som gjelder svært erfarne og godt voksne mannlige psykiatere. Psykiaterne har nettopp en særskilt utdanning i å avklare sin egen rolle i en psykoterapeutisk modell. Psykiatere, mer enn annet helsepersonell og mer enn andre leger, vet særlig godt hvilken skade de kan påføre sårbare pasienter med psykiske lidelser, dersom de innleder et forhold til dem, samtidig som de er deres behandlere.

Kan det være at erfarne leger misoppfatter overførings- og motoverføringsmekanismene? Kan legene være for lite bevisst disse mekanismene i samspillet med pasientene? Finnes det risikofaktorer som gjør at enkelte leger er mer utsatte for å inngå slike relasjoner? Kan det ha sammenheng med legens personlige problemer? Kan det foreligge personlighetsforstyrrelser, rusrelaterte problemer eller ekteskapsproblemer i egen relasjon som gjør legen sårbar og bryter ned de vanlige barrierene?

Gundersen (2007) beskriver i sin bok at det viktigste kjennetegnet på at en terapeut vil kunne begå seksuelle grenseoverskridelser, er at vedkommende har gjort det før. Hun viser til Holroyd & Brodsky (1977) som i sin artikkel skriver at opptil 80 % av de legene som har begått seksuelle overgrep mot pasienter, gjør det igjen. Gundersen viser til at noe nyere studier antyder at cirka 30 % av spurte psykiatere vedgår gjentatte overgrep (Gartrell et al. 1987).

Utover dette viser det seg at det ikke er så lett å peke på spesifikke risikofaktorer hos legen for at hun eller han skal trå over den profesjonelle grensen. Schoener (2000) fant i sitt materiale at den vanligste grenseoverskridende adferden før det ble inngått en seksuell relasjon mellom behandler og pasienten, var at terapeuten kom med avsløringer om sitt eget privatliv til pasienten. Andre undersøkelser, slik som Lamb & Cantanzo (1998) klarte ikke å påvise noen bestemte forskjeller mellom terapeuter som begikk seksuelle grenseoverskridelser mot sine pasienter og terapeuter som ikke gjorde dette. Gundersen sier at det mest slående synes å være de manglende likhetstrekkene i forhold til terapeuter som inngår private og seksualiserte forhold til en pasient. Schoener (2000) har forsøkt å lage en liste over risikofaktorer hos terapeuter som inngår intime relasjoner til en pasient. Listen inneholder punkter om utilstrekkelig opplæring, dårlige kontrolltiltak, manglende bevissthet om fenomenene overføring og motoverføring, manglende dømmekraft og usikkerhet hos terapeut. I tillegg kommer psykiske og somatiske lidelser hos terapeuten.

I artikkelen «Health Professions Regulatory Advisory Council» (2011) gjennomgås et stort antall studier i feltet, og det pekes på visse risikofaktorer som går igjen hos leger som har hatt et intimt forhold til en pasient. Faktorer som at legen selv er i en personlig krise, psykisk sykdom hos legen, vanskeligheter med å sette grenser, tendens til å idealisere en «spesiell» pasient og fornektelse i forhold til at grenseoverskridende atferd faktisk har funnet sted, nevnes i denne sammenheng. I følge artikkelen er de spesialistene som særlig er utsatt for grenseoverskridende atferd; allmennleger, psykiatere og gynekologer.

Det synes følgelig som det er flere faktorer som kan føre til at enkelte leger ikke «trekker i håndbremsen» når private følelser får utvikle seg, og de bruker den profesjonelle posisjonen til å innlede et privat forhold til en pasient.

1.5 Konsekvenser for pasienten av rollesammenblanding

Det er liten tvil om at pasienter kan bli svært skadelidende dersom det oppstår et intimt forhold mellom pasient og behandler. Reaksjonene hos pasienter kan være mange og ulike, men vil av de fleste oppleves som traumatiske. Pasienter som opplever slike overgrep kan være i ulike livsfaser og ha forskjellige utfordringer. Det er derfor vanskelig å generalisere og beskrive spesifikt hvordan reaksjonen arter seg. Gundersen (2007) har presentert en oversikt over hva den enkelte pasient kan oppleve, og hun bemerker at det kan være hensiktsmessig å forstå symptomene som mulige senskader. Symptomene kan være:

- Forvirring
- Skyldfølelse
- Skam
- Isolasjon
- Tap av selvtillit
- Depresjon
- Angst
- Sorg
- Selvmordstanker
- Mistillit
- Ambivalens
- Humørsvingninger
- Sinne
- Kognitive vansker
- Seksuelle vansker
- Forverring av opprinnelige problemer

Alle de nevnte symptomene og opplevelsene er i utgangspunktet normale, menneskelige reaksjoner på traumatiske opplevelser. Det vil variere mellom ulike pasienter hvilke problemer og hvor fremtredende de ulike symptomene vil være. Noen pasienter vil ha flere av symptomene, mens hos andre pasienter vil noen få symptomer være særlig uttalte.

1.6 Rettsregler, samarbeid med politiet og behandling av tilsynssaker i rettssystemet

1.6.1 Rettsregler

Helsepersonelloven regulerer helsepersonellens rettigheter og plikter. En av de mest sentrale bestemmelsene er § 4 som omhandler det enkelte helsepersonells plikt til å gi forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull helsehjelp. I § 4 heter det: *«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig (...)»* Denne rettsregelen vil være sentral også når det gjelder tilsynssaker som omhandler helsepersonell som innleder et forhold til en av sine pasienter.

I kapittel 11 i helsepersonelloven er det omtalt reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er omtalt i § 57 der det heter: *«Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig pga alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av adferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.»*

1.6.1 Samarbeid mellom Statens helsetilsyn og politiet

Helsepersonell kan også straffes ved forsettlig eller grovt uaktsomt brudd på helsepersonelloven, jf helsepersonelloven § 67. Dersom politiet blir oppmerksomme på at det kan være begått et straffbart forhold etter helsepersonelloven, foreligger det en opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene, jf straffeprosessloven § 229. Statens helsetilsyn kan begjære påtale i disse sakene, jf helsepersonelloven § 67. Samarbeidsrutinene mellom politi/påtalemyndighet og Statens helsetilsyn/Fylkesmann er nærmere regulert i egne rundskriv, jf. Riksadvokatens rundskriv nr 5/2001 og Statens helsetilsyns rundskriv IK-2/2008, der det bl.a. fremgår at politiet skal innhente råd om etterforskning fra Fylkesmannen.

Statens helsetilsyn kan også på eget initiativ begjære påtale mot helsepersonell etter at de i en tilsynssak avdekker at det foreligger et forsettlig eller grovt uaktsomt brudd på

helsepersonelloven. Det kan gjelde saker der helsepersonell har misbrukt sin stilling til å innlede et intimt forhold til en pasient, og Statens helsetilsyn mener det utgjør et markant avvik fra kravet til forsvarlig virksomhet.

Politiet har også opplysningsplikt til Statens helsetilsyn dersom et helsepersonell siktes for en alvorlig straffbar handling som ikke gjelder brudd på helsepersonelloven, men som kan få betydning for autorisasjonen som helsepersonell, for eksempel overfall, voldtekt eller drap, jf påtaleinstruksen § 5-5. Statens helsetilsyn vil da vurdere suspensjon av helsepersonellets autorisasjon.

1.6.2 Behandling av tilsynssaker i rettssystemet

De mest alvorlige tilsynssaker mot helsepersonell behandles både av Statens helsetilsyn og i rettssystemet, og noen av disse sakene omhandler også seksuell utnyttelse av pasienter. Å skaffe seg seksuell «*omgang ved misbruk av sin stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold*» er straffbart etter straffeloven § 193 og kan straffes med fengsel inntil fem år. Det er kun i noen slike tilsynssaker at retten fradømmer et helsepersonell autorisasjonen på livstid. Domstolene vil i de fleste tilfellene ilegge helsepersonellet bøter og/eller fengselsstraff.

Selv om domstolene ikke fradømmer et helsepersonell autorisasjonen, kan Statens helsetilsyn tilbakekalle autorisasjonen. Statens helsetilsyn har et annet beviskrav enn hva som er tilfellet i straffesaker. I tilsynssaker, som i alle andre saker som ikke er straffesaker, er det bare krav om sannsynlighetsovervekt. I straffesaker kreves det imidlertid at forholdene bevises utenfor enhver rimelig tvil. Dette fører til at Statens helsetilsyn kan tilbakekalle autorisasjonen selv om helsepersonellet ikke blir dømt i en straffesak, og selv om domstolen ikke tar stilling til helsepersonellets videre autorisasjon.

I tilsynssaker der helsepersonell blir ilagt en administrativ reaksjon av Statens helsetilsyn og der vedtaket opprettholdes av Helsepersonellnemda, velger helsepersonellet noen ganger å klage vedtaket inn for domstolene. Dette gjelder særlig i tilsynssaker der Statens helsetilsyn har tilbakekalt autorisasjon.

Det finnes eksempler på tilsynssaker der tingretten har fradømt helsepersonell autorisasjonen, men der lagmannsretten har omgjort vedtaket. Eksempel på en slik sak er en psykiater som ble dømt i tingretten for å ha innledet et forhold til en kvinnelig pasient han var behandler for,

og som tross gjentatte krav fra blant annet arbeidsgiver om at forholdet måtte oppheve, fortsatte å treffe kvinnen og opprettholdt en seksuell relasjon til henne. Psykiateren klaget tingrettens dom om autorisasjonstap inn for lagmannsretten. Lagmannsretten la til grunn at psykiateren hadde avsluttet behandlingsrelasjonen til den kvinnelige pasienten før de innledet det seksuelle forholdet, og dommen fra tingretten ble opphevet. Psykiaterens autorisasjon ble likevel tilbakekalt av Statens helsetilsyn med bakgrunn i kravet til faglig forsvarlighet jamfør helsepersonelloven § 4.

1.7 Etiske regler for leger

Den norske legeforening har utarbeidet etiske regler for leger. Reglene ble vedtatt i 1961, og er senere omarbeidet, sist i 2002. Disse retningslinjene danner en etisk rettesnor også for andre grupper av helsepersonell. Legers etiske regler bygger på den Hippokratiske ed om at en lege skal helbrede, lindre og trøste. Hippokrates, født cirka 460 år f.Kr er kalt «legekunstens far» og legeeden bygger på hans uttalelser og nedtegninger. I den Hippokratiske ed er det anført at en lege uansett hvilket hus han besøker, skal komme for å yte den syke tjenester, og i alle tilfelle avstå fra seksuelle forhold, så vel overfor mannlige og kvinnelige personer, være de seg slaver eller frie.

Legeforeningens etiske regler omhandler forskjellige aspekter ved legerollen, inkludert ulike sider ved ivaretagelse av pasienter, kommunikasjon og generell adferd hos leger.

Retningslinjene bygger på respekt for grunnleggende menneskerettighetene, og vektlegger rettferdighet og det enkelte menneskets integritet. I kapittel 1 om alminnelige bestemmelser står det anført i § 7: *«En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for».*

Rettsreglene og de etiske reglene understøtter hverandre gjennom alle de ulike punktene som omhandler aspekter ved lege-pasient-forholdet. Dette gjelder også plikten legen har om ikke å misbruke den tilliten pasienten har gitt vedkommende lege og utnytte den makt-ubalansen et slikt forhold representerer.

Hytten (2011) redegjør i en artikkel for at legers etiske regler setter klare grenser for legers private forhold til sine pasienter. Artikkelen henviser til en tidligere uttalelse fra Rådet for legeetikk i Legeforening som gjaldt en sak der en fastlege var involvert. I den aktuelle saken

anså Rådet for legeetikk at det forelå brudd på de etiske reglene, når en lege innledet et seksuelt forhold til en pasient som stod på legens pasientliste, uavhengig av hvor mye kontakt det hadde vært i lege-pasient-relasjonen. Rådet angir at den samme etiske vurderingen også må gjelde for spesialisthelsetjenesten.

I artikkelen heter det videre «*Hvor lang tid det bør gå fra et avsluttet lege-pasient-forhold til legen kan tillate seg å innlede et nært vennskaps- eller kjærlighetsforhold, må avhenge av om det kan oppstå et avhengighetsforhold i forhold til hva som var grunnlaget for lege-pasient-kontakten*». Rådet for legeetikk mener følgelig at § 7 i etiske regler for leger ikke nødvendigvis brytes dersom det utvikler seg til et vennskap mellom lege og pasient, men rådet presiserer at «*...en relasjon utover et lege-pasient-forhold må ikke brukes til legens fordel, m.a.o. føre til utnytting av pasient.*»

Artikkelen tar også opp hvordan disse reglene bør oppfattes når et lege-pasient-forhold er avsluttet for flere år siden. Dette temaet har også vært diskutert i Rådet for legeetikk og rådet mener denne vurderingen er avhengig av hva slags lege-pasient-forhold det har dreid seg om. Rådet gir et eksempel der en kirurg har operert en pasient for en tilstand som pasienten fullt ut er helbredet for, og der det siden utvikler seg til et kjærlighetsforhold mellom kirurgen og pasienten. I slike tilfeller mener rådet at det ikke er noe som er til hinder for at det kan utvikles et privat forhold relativt kort etter operasjonen og at det i slike tilfeller ikke vil være et brudd på § 7 i etiske regler for leger.

Dersom forholdet imidlertid dreier seg om en pasient som en lege har hatt til psykoterapi over tid, mener rådet for legeetikk at det vil det stille seg annerledes og at det kan foreligge brudd på § 7. Forfatteren oppsummerer i artikkelen: «*.. mener rådet at leger bør frarådes å innlede forhold til en pasient der det har vært psykoterapirelasjon over tid.*» Rådet for legeetikk anbefaler i slike sammenhenger at vedkommende lege søker råd hos en erfaren kollega. Det refereres også til at enkelte leger markerer avslutning av et lege-pasient forhold ved en erklæring som begge underskriver når relasjonen er i ferd med å endre karakter. Rådet ser at dette kan være en hensiktsmessig ordning. I artikkelen henvises det også til helsepersonelloven § 4 og kravet til forsvarlighet og praksis i Statens helsetilsyn om tilbakekall av autorisasjon.

1.8 Normen og normforståelsen ved rollesammenblanding blant helsepersonell

Historisk ble temaet rundt rollesammenblanding satt tydelig på dagsorden i Norge etter at lederen for Norsk psykologi forening på 1990-tallet mistet autorisasjonen etter å ha innledet et privat og intimt forhold til en pasient. En del år senere mistet også en anerkjent og profilert professor i psykiatri sin autorisasjon etter å ha innledet seksuelle forhold til to pasienter. Disse sakene som også ble omtalt i massemedia, gjorde at problemstillingen fikk økt fokus.

Jeg vil nedenfor redegjøre for den praksis som utøves i Statens helsetilsyn og kjennskapen hos leger om faren for å miste autorisasjonen i slike saker.

1.8.1 Praksis i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fratar hvert år helsepersonell autorisasjonen dersom det avdekkes at helsepersonell har innledet et privat forhold til en pasient som en har, eller har hatt en behandlerrelasjon til. Begrunnelsen for å frata helsepersonellet autorisasjonen i slike saker, er den betydelige skade en behandler kan påføre en pasient ved slik grenseoverskridende adferd. I dette ligger også Helsetilsynets plikt til å sørge for at pasienter skal være trygge på at de ikke møter helsepersonell som utnytter sin rolle til å skaffe seg egen seksuell tilfredsstillelse. Den strenge praksisen skal også sørge for at den nødvendige tilliten til helsepersonell og helsevesen opprettholdes. I vurderingene av helsepersonellets oppførsel vektlegges kravet om å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det vurderes også om adferden er å anse som uforenlig med yrkesutførelsen.

I avslutningsbrevet fra Statens helsetilsyn anvendes det i slike tilsynssaker formuleringer som:

- *Dersom helsepersonell utnytter sin posisjon ved å privatisere eller seksualisere relasjonen, vil dette utgjøre et grovt tillitsbrudd*
- *Pasienter kan påføres alvorlige psykiske traumer i tillegg til allerede eksisterende problemer*
- *Etter Statens helsetilsyns vurdering er etablering av private eller seksuelle relasjoner til pasienter under pågående eller nettopp avsluttet terapi, i strid med kravet til forsvarlig virksomhet og vitner om grov mangel på faglig innsikt*

- *Etablering av denne type relasjoner vurderes også som et alvorlig misbruk av den tillit som ligger til grunn for terapeutiske relasjoner mellom helsepersonell og pasienter*
- *Pasienter har rett til å bli møtt på en profesjonell måte i kontakten med helsevesenet, og skal være trygge på at de får faglig og profesjonell hjelp*
- *Statens helsetilsyn finner at du ved å innlede et seksuelt forhold til en pasient må anses uegnet til å utøve virksomhet som lege forsvarlig på grunn av grov mangel på faglig innsikt og uforsvarlig virksomhet*
- *Vi finner også at din handlemåte preges av svært kritikkverdig blanding mellom din rolle som lege og privatperson*
- *Det er en grunnleggende forutsetning at samfunnet kan ha tillit til helsevesenet og til de som har autorisasjon som helsepersonell*

Helsepersonellet kan også miste autorisasjonen selv om helsepersonellet avslutter behandlingsrelasjonen når private følelser opptrer, og først på et senere tidspunkt innleder et privat forhold. Tilbakekall av autorisasjon kan også kunne finne sted selv om hendelsen ligger flere år tilbake i tid før forholdet ble gjort kjent for tilsynsmyndigheten.

1.8.2 Kjennskap hos helsepersonell om faren for å miste autorisasjonen ved rollesammenblanding

Det faktum at helsepersonell kan miste autorisasjonen ved å innlede et privat forhold til en pasient, er kjent i de fleste fagmiljøer. Fokus rundt denne problemstillingen vektlegges spesielt under utdanning av psykiatere og psykologer. I behandlingsinstitusjoner innen psykisk helsevern ville dette også være et tema som diskuteres blant behandlere, og i slike institusjoner vil de etiske grenseoppgangene ofte være klare og tydelig kommunisert. I forbindelse med opplæring av nye medarbeidere innen psykisk helsevern, er det ved mange behandlingsinstitusjoner gode rutiner for å opplyse om helsepersonells spesielle ansvar for å hindre at de utvikler intime relasjoner til sine pasienter. Når det gjelder kjennskap til faren for autorisasjonstap i andre deler av helsetjenesten, er nok denne kunnskapen langt mindre og ikke tydelig kommunisert.

1.8.3 Den norske legeforenings rolle i slike saker

Den norske legeforening veileder sine medlemmer i ulike situasjoner, også i tilsynssaker der det er behov for juridisk bistand. I forbindelse med fokusgruppeintervjuene ble det av noen av legene hevdet, at Legeforeningen i enkelte tilfeller veileder sine medlemmer i at det praktiseres en karenstid i saker som omhandler rollesammenblanding. Det ble sagt at karenstiden skulle utgjøres av en viss tid (to år?), og er den tiden som må gå fra et lege-pasient-forhold avsluttes, til det er akseptabelt at legen innledet et intimt forhold overfor en pasient. Etter direkte kontakt med juridisk avdeling i Legeforeningen ble det imidlertid avkreftet at legeforeningen anbefaler en bestemt karenstid. I følge juridisk avdeling får legeforeningen noen ganger henvendelser fra en lege når det foreligger en tilsynssak mot den aktuelle legen. Legeforeningen pleier imidlertid i slike saker ikke å motta henvendelser fra sine medlemmer før det har blitt en reell tilsynssak. Legeforeningen gir altså ikke råd til sine medlemmer om at det foreligger en karenstid i rollesammenblandingssaker.

1.9 Faktagrunnlag fra Statens helsetilsyn

1.9.1 Generelt om tilsynssaker i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn behandlet i 2011 i alt 366 tilsynssaker, mot 347 året før (Grammeltvedt, Statens helsetilsyn, 2012). Det ble i 2011 gitt 283 administrative reaksjoner, en økning på 28 reaksjoner fra 2010. De ulike reaksjonsformene mot helsepersonell omfatter følgende kategorier. Tallene for leger i 2011 er angitt i parentes:

- Advarsel (59)
- Tap av rekvireringsrett (24)
- Tap av spesialistgodkjenning (1)
- Begrenset autorisasjon (5)
- Tap av autorisasjon og lisens (24)

Det ble totalt gitt 97 administrative reaksjoner mot leger i 2011.

1.9.2 Autorisasjonstap hos helsepersonell i Norge

Hvert år mister ca 100 helsepersonell i Norge sin autorisasjon. Den hyppigste årsaken til tilbakekall av autorisasjon har i mange år vært rusmiddelmisbruk. Av totalt 92 helsepersonell som mistet sin autorisasjon i 2011, var det 57 helsepersonell som mistet autorisasjonen/lisensen på grunn av rusmiddelmisbruk. I tabell 1 under er årsakene til tilbakefall av autorisasjon for 2011 fordelt på ulike helsepersonellgrupper.

Andre årsaker til autorisasjonstap hos helsepersonell er sykdom, seksuell utnyttelse av pasient, atferd uforenlig med yrkesutførelsen, uforsvarlig virksomhet eller tilsynssaker der helsepersonell ikke har innrettet seg etter tidligere advarsel. Enkelte autorisasjonstap skyldes også at helsepersonellet har mistet autorisasjonen i utlandet.

Et vedtak om autorisasjonstap gjelder i utgangspunktet ikke for en spesiell tidsperiode. Det er opp til det enkelte helsepersonell å godtgjøre at de etter en periode uten autorisasjon igjen er skikket til å utøve sitt yrke som autorisert helsepersonell. Helsepersonellet må i slike situasjoner søke Statens helsetilsyn om ny autorisasjon. Hvorvidt vedkommende igjen anses skikket til å inneha en full autorisasjon eller begrenset autorisasjon, vil være avhengig av den tiden som har gått, hvilken behandling og oppfølging vedkommende har hatt og selv sagt at det ikke har vært nye hendelser.

I tilsynssaker som omhandler rollesammenblanding vektlegges tidsfaktoren, gjennomført terapi og helsepersonelllets innsikt i situasjonen. I vedtak fra Statens helsetilsyn om å få autorisasjonen tilbake i slike saker, vil det nesten utelukkende være snakk om å få en begrenset autorisasjon på bestemte vilkår. Vilråene vil ofte være at den begrensede autorisasjonen er knyttet til et bestemt arbeidssted, og at arbeidsgiver må være informert om årsaken til begrensingene i autorisasjonen. Arbeidsgiveren må i tillegg jevnlig rapportere til Statens helsetilsyn.

Tabell 1: Årsaker til tilbakefall av autorisasjon for 2011 fordelt på ulike helsepersonellgrupper

Årsak	Sykepleier	Hjelpepleier	Lege	Andre	Sum
Rusmiddelbruk	27	9	11	10	57
Sykdom	3		1		4
Seksuell utnytting av pasient	2		3	1	6
Adferd	5	7		4	16
Uforsvarlighet			2		2
Ikke innrettet etter tidl. advarsel	1		6	1	8
Mistet i utlandet	4		1		5
Totalt	42	16	24	16	98

Tabellen er hentet fra Statens helsetilsyn.

1.9.3 Autorisasjonstap hos leger i Norge

I 2011 var det totalt 24 leger som mistet sin autorisasjon, mot 27 leger året før. Ved tap av autorisasjon kan en lege ikke lenger titulere seg som lege, og vedkommende kan heller ikke arbeide som lege i pasientrettet virksomhet. Vedkommende kan imidlertid bruke tittelen cand.med og kan arbeide innen forskning eller i ikke-pasientnært arbeid, der det ikke kreves at det foreligger en autorisasjon som lege.

I 2011 var det totalt seks helsepersonell, hvorav tre leger, som fikk tilbakekalt autorisasjonen på grunn av seksuell utnyttelse av en pasient. Innenfor denne gruppen - seksuell utnyttelse av pasient – finnes det noen leger som har misbrukt pasienten seksuelt enten ved at det utføres seksuelle tilnærmelser under kliniske undersøkelser eller ved andre grove straffbare forhold. I gruppen av helsepersonell som mister autorisasjonen på grunn av seksuell utnyttelse av pasienter, finner en også tilsynssaker som omhandler tilfeller med rollesammenblanding der behandler påroper seg at det oppstår gjensidige følelser mellom pasient og behandler.

I artikkelen i Tidsskriftet for Den norske legeforening «Seksuelt forhold mellom lege og pasient er uakseptabelt» av Cordt-Hansen & Johansen (2005), redegjøres det for at det i perioden 2001 til 2003 var 18 helsepersonell som fikk tilbakekalt sin autorisasjon på grunn av seksuelle relasjoner til pasienter. 12 av disse sakene gjaldt leger. I samme periode ble det i

tillegg gitt åtte advarsler for lignende, men mindre alvorlige forhold. I artikkelen uttales: «*Ut fra vårt materiale kan det se ut som det er mangel på bevissthet i forhold til det prinsipp som følger av helsepersonellovens forsvarlighetskrav, og som er nedfelt i både Hippokrates ed og etiske regler for leger, nemlig at en lege ikke må innlede seksuelt forhold til sin pasient.*»

1.9.4 Saker behandlet i Statens helsetilsyn fra 2007-2011

Alle saker som behandles i Statens helsetilsyn registreres i saksbehandlingssystemet Ephorte. Saksbehandlingsverktøyet er imidlertid ikke særlig godt egnet til å gjøre systematiske søk, da det er varierende hvordan saker som omhandler rollesammenblanding er registrert. Ved søk i Ephorte på tilsynssaker mot leger i perioden 2007 til 2011 som omhandler seksuell utnyttelse av pasient, kommer det opp totalt 26 tilsynssaker. Ved gjennomgang av dokumentene i disse sakene er det 10 av sakene som ikke direkte omhandler leger som misbruker behandlerrollen til å innlede en privat rekasjon. Disse sakene dreier seg dels om seksuell utnyttelse i den direkte utførelsen av legegjerningen, andre dreier seg om andre straffbare forhold og noen av sakene omhandler helt andre forhold.

Av de gjenværende 16 sakene i perioden 2007-2011 som omhandler rollesammenblanding, var det to av sakene som var rettet mot kvinnelige leger og 14 som var rettet mot mannlige leger. De to sakene som gjaldt kvinnelige leger, omhandlet begge lesbiske forhold mellom lege og pasient. I seks av sakene var det en psykiater som var tilsynsobjektet. I de øvrige 10 tilsynssakene var tilsynsobjektet en allmennlege. De alvorligste sakene i denne kategorien tilsynssaker gjaldt mannlige psykiatere som innledet en intim relasjon til en yngre kvinnelig pasient som de hadde hatt i terapi. Det finnes nærmest ikke tilsynssaker mot leger som innehar andre spesialiteter enn allmennmedisin og psykiatri.

Av de 16 sakene i perioden 2007 til 2011 med problemstillingen rollesammenblanding, var det tre leger som fikk advarsel, to leger som fikk begrenset autorisasjon og 11 leger som mistet autorisasjonen.

1.9.5 Samarbeid med nordiske tilsynsmyndigheter

Autorisasjons- og tilsynsmyndighetene i de nordiske landene er organisert annerledes enn i Norge. I de andre nordiske landene er disse to funksjonene slått sammen i en felles

organisasjon og utgjøres av Socialstyrelsen i Sverige, Sundhedsstyrelsen i Danmark og Valvira i Finland. (Statens helsetilsyn (2012) – se litteraturlisten).

Lovgivningen og forvaltningspraksis er også ulik i de Nordiske landene. Eksempelvis må Sundhedsstyrelsen i Danmark anlegge rettssak mot et helsepersonell dersom de finner at det er grunnlag for tilbakekall av autorisasjon. Likeledes har man i Danmark en langt mer liberal holdning til for eksempel rollesammenblanding og rusmiddelmisbruk, enn det vi har i Norge.

Det er etablert et nordisk samarbeid mellom de ulike tilsynsmyndighetene, Nordisk gruppe for helsepersonell, som sørger for utveksling av informasjon om leger og annet helsepersonell som har fått tilbakekalt eller begrenset sin autorisasjon.

Innen EU/EØS-området er det også etablert et samarbeidsprosjekt for utveksling av opplysninger om helsepersonell, Healthcare Professionals Crossing Borders (www.hpcb.eu). Noen europeiske land har undertegnet en samarbeidsavtale, Memorandum of Understanding, som representerer en proaktiv utveksling av informasjon om helsepersonell som har fått begrensninger i sin yrkesutøvelse eller som har fått tilbakekalt autorisasjonen.

Norge er det eneste nordiske landet som har undertegnet denne avtalen. Statens helsetilsyn er i ferd med å implementere rutiner for varsling av andre lands tilsynsmyndigheter i slike saker. Målsetningen er å sikre at andre lands tilsynsmyndigheter blir orientert om helsepersonell som får tilbakekalt eller blir gitt begrensninger i sin yrkesutøvelse. I slike saker skal informasjon sendes uoppfordret til land der helsepersonellet tidligere har arbeidet, planlegger å arbeide eller har autorisasjon.

Helsepersonell som søker autorisasjon i et annet europeisk land enn deres primære utdannings- og autorisasjonsland, må fremlegge en bekreftelse på autorisasjonsstatus dvs. om helsepersonellet har gyldig autorisasjon, eventuelle begrensninger osv. Denne bekreftelsen, Certificate of Current Professional Status (CCPS) sendes direkte til det aktuelle landets autorisasjonsmyndigheter for å forhindre forfalsking.

1.10 Forekomst av rollesammenblanding

Det har vært forsøkt å kartlegge omfanget av rollesammenblanding på forskjellige måter, men tallene er usikre og sannsynligvis er det en del underrapportering som gir tilsvarende

mørketall. I Gundersens bok (2007) «*Det skal ikke hende*» er det redegjort for en del undersøkelser angående dette temaet. Noen av undersøkelsene omtales nedenfor.

I Norge ble det gjort en kartlegging blant psykologer (Haavind og Hvistendahl, 1992) der det framgikk av cirka 5 % av psykologene som svarte på spørreskjemaet, oppga at de hadde hatt seksuell kontakt med pasienter, enten mens de var i terapi eller kort tid etterpå. I USA er det også gjort noen selvrapporteringsstudier, der behandlere har svart anonymt på spørsmålsskjema om seksuelle forhold til pasienter. I den første undersøkelsen svarte rundt 10 % av alle som ble spurt, at de hadde hatt seksuell kontakt med en eller flere av sine pasienter (Brodsky 1989; Pope 1990). Ved senere undersøkelser er andelen mindre, men det er uavklart om dette skyldes en reell nedgang, eller om tallene er lavere på grunn av mindre rapportering ettersom bevisstgjøringen rundt etiske og juridiske aspekter har blitt større, som igjen har ført til en høyere terskel for selvrapportering. Det er kjent at det ofte vil være en betydelig underrapportering i slike selvrapporteringsundersøkelser. Dette skyldes både en lav svarprosent og en reell underrapportering.

Når det gjelder kjønnsfordeling viser en kartlegging i USA bygd på selvrapportering på 1990-tallet (Schoener, 1995) at mannlige terapeuter stod for 75 % av tilfellene av seksuell kontakt, hvorav 5 % var mellom mannlig terapeut og mannlig pasient. Når det gjaldt forekomster blant kvinnelige terapeuter, ble det oppgitt at 20 % av den totale andelen dreide seg om forhold mellom en kvinnelig terapeut og en kvinnelig pasient, mens kun 5 % var mellom kvinnelig terapeut og mannlig pasient.

En annen måte å skaffe til veie estimer over hvor hyppig rollesammenblanding forekommer, er å undersøke hvor mange terapeuter som har hatt pasienter som har vært til behandling på grunn av tidligere seksualiserte relasjoner med sin behandler. En undersøkelse (Jehu, 1994) viste at opptil 50 % av profesjonelle rådgivere hadde behandlet slike pasienter. Hvistendahl og Haavind (1992) har lagt fram tilsvarende tallmateriale og andelen i Norge ligger på 30 %.

Det er mye som tyder på at antall helsepersonell som mister autorisasjonen, ikke gjenspeiler det reelle antall saker der pasienter opplever seksuelle overgrep i en behandlingsrelasjon. Pasientgruppen som blir utsatt for denne type overgrep, dreier seg ofte om pasienter med tidligere gjennomgåtte traumer, og som sliter med psykiske plager som angst og/eller depresjon. Det å erkjenne og deretter melde fra om et slikt overgrep, er ofte svært vanskelig

for mange pasienter. Pasienter vil oppleve det som svært krenkende når slike overgrep forekommer, og mange vil selv føle skyld og skam for at denne type forhold har oppstått.

Det foreligger altså klare holdepunkter for at omfanget av rollesammenblanding er langt større enn tallene fra Statens helsetilsyn over antall helsepersonell som får en administrativ reaksjon etter å ha innledet et intimt forhold til en pasient. Det er kjent at tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn, og der det fattes et vedtak om administrativ reaksjon, bare representerer toppen av et isfjell over det totale antall saker med tilsvarende tematikk. Det er derfor grunn til å anta at det hvert år er et betydelig antall leger som misbruker sin profesjonelle rolle og inngår en intim og seksualisert relasjon til en av sine pasienter.

1.11 Problemstilling

1.11.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I oppgaven ønsket jeg å belyse legers oppfatning av tilsynssaker som gjelder lege-pasient-forhold som utvikler seg til å bli en privat og intim relasjon. Jeg ønsket å kartlegge når leger mener at helsepersonellet bør få en reaksjon, og hvorvidt leger mener at autorisasjonstap er en passende reaksjonsform i slike tilsynssaker. Videre var det ønskelig å kartlegge om legene mente det kunne være spesielle faktorer som var skjerpende eller formildende i forhold til den reaksjonen de mente legen burde få. Jeg ønsket å sammenligne denne oppfatningen med den vurderingen Statens helsetilsyn gjør i saker som omhandler rollesammenblanding. For å kunne belyse temaet på en konstruktiv måte, ønsket jeg å få innspill fra leger som arbeider i klinisk virksomhet.

1.11.2 Problemstillingen

Oppgaven har til hensikt å undersøke legers oppfatninger i tilsynssaker der en lege gjennom sin rolle som profesjonell behandler, utvikler en privat og intim relasjon til pasienten, og om legers oppfatninger er sammenfallende eller avvikende fra den faglige normen som Statens helsetilsyn legger til grunn, når de vurderer om legen skal fratras autorisasjon.

Følgende forskningsspørsmål er avledet av problemstillingen:

- Hvilke oppfatninger har leger om sitt ansvar for å unngå at intime relasjoner oppstår mellom lege og pasient?
- Hvilke faktorer ved den intime relasjonen mener legene har betydning for om autorisasjonstap er en passende reaksjonsform?
- Er legers normoppfatning i tråd med den faglige normen som Statens helsetilsyn legger til grunn i slike saker?

2 Materiale og metode

2.1 Valg av kvalitativ metode

Jeg antok at det kunne være noe begrenset i hvilken grad alminnelige leger var opptatt av problemstillingen, og at det ikke var gitt at leger generelt hadde reflektert over normoppfatning i slike saker. Jeg ønsket i utgangspunktet ikke å få informasjon fra leger som satt med spesifikk kunnskap om temaet. Jeg ønsket derimot å treffe leger som kunne representere et visst gjennomsnitt av leger i forhold til kunnskap og interesse om temaet som sådan.

Temaet er «litt pikant» slik at jeg antok at det kunne være en fare for at de svarene jeg fikk var tilpasset det informantene mente jeg ønsket å høre, særlig tatt i betraktning at jeg arbeider i Statens helsetilsyn. Jeg fant det lite egnet å bruke spørreskjemaer for å kartlegge temaet, både fordi det ved bruk av spørreskjemaer kan være vanskelig å få fram nyanser og graden av vektlegging av ulike momenter, men også fordi det ikke var gitt eksplisitt hvilke variabler som var aktuelle å undersøke. Jeg antok også at det i en slik kartlegging, ville være fristende å svare litt kategorisk og forholde seg strengt til det den enkelte mente ville være myndighetskravene.

For å gi informantene et godt utgangspunkt for å reflektere rundt dette temaet, valgte jeg å lage kasuistikker som er representative for reelle tilsynssaker. Ved å få fram legers refleksjoner rundt ulike momenter som har betydning for vurderingen i slike tilsynssaker, ønsket jeg belyse om Statens helsetilsyns praksis gjenspeiles i legers rolleforståelse og normoppfatning i saker som omhandler rollesammenblanding.

Jeg valgte å innhente kvalitative data ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuer er spesielt godt egnet til å innhente informasjon om erfaringer, holdninger eller synspunkter i miljøer der flere mennesker samarbeider (Malterud, 2011). Ved å la en gruppe av leger åpent diskuterer de ulike kasuistikkene, var mitt mål at gruppen samlet kunne få fram ulike momenter som de mente burde vektlegges ved avgjørelsene av slike tilsynssaker. Samtidig kunne de utfordre hverandre på sin rolleforståelse for situasjoner der leger inngår private relasjoner til sine pasienter.

2.2 Beskrivelse av fremgangsmåte og datainnsamling

2.2.1 Valg av informanter

For å belyse forskningsspørsmålene ønsket jeg å få synspunkter fra leger som ikke selv hadde vært vurdert i en tilsynssak med dette temaet. De legene jeg inviterte til fokusgruppeintervjuene fikk derfor informasjon om at de ikke måtte ha vært involvert i slike tilsynssaker. Jeg sjekket også i arkivet til Statens helsetilsyn at intervjuobjektene ikke hadde vært involvert i tilsynssaker som var vurdert av Statens helsetilsyn.

Fra min tilgang til saker i Statens helsetilsyn var jeg godt kjent med at hoveddelen av slike tilsynssaker omhandler mannlige psykiatere som innleder forhold til yngre kvinnelige pasienter. Jeg valgte imidlertid ikke å ha psykiatere som informanter, da jeg antok at psykiatere neppe er helt representative for norske leger generelt når det gjelder denne typer tilsynssaker. Psykiatere gjennomgår i sin spesialisering mye undervisning og veiledning som omhandler rollesammenblanding. Jeg antok derfor at psykiatere generelt er mer opplyste om temaet, enn leger som arbeider innen andre spesialiteter og fagområder. I tillegg vil det være en fare for at svarene en får gjennom intervju av psykiatere, ikke nødvendigvis gjenspeiler den virkeligheten de representerer. Jeg vurderte at svarene kunne blitt preget av at psykiaterne svært godt vet at det forventes en tydelig rolleavklaring i slike saker, og at psykiatere i større grad enn andre leger ville forsøke og vektlegge denne forventningen.

For å få fram åpne og gode diskusjoner rundt rollesammenblanding, så jeg det som viktig å ha fokusgrupper der deltakere kjente hverandre, og der de ikke oppfattet slike diskusjoner som truende slik at det var vanskelig å få fram ærlige innspill. Deltakelse i fokusgruppen var selvsagt helt frivillig, og deltakerne fikk ikke annen kompensasjon enn litt mat og drikke. Det var derfor nødvendig å benytte mitt generelle kontaktnett for å skaffe informanter som var villige til å bruke sin fritid på å delta i et fokusgruppeintervju.

Jeg ønsket videre å sammenligne to ulike grupper av leger for å undersøke om de to gruppene av leger representerte ulikheter i normoppfatningene. Jeg arrangerte derfor en fokusgruppe med seks leger som jobber ved en somatisk avdeling i et sykehus, og en fokusgruppe med seks leger som jobber som fastleger. Gruppen med leger som arbeider i sykehus, representerer

både leger som er ferdig spesialister og leger i spesialisering (LIS). Alle legene i gruppen med allmennleger er ferdige spesialister i allmennmedisin.

Gruppene representerte leger som var relativt nyutdannet og leger som hadde arbeidet i over 30 år. Gruppene bestod av jevn fordeling av kvinner og menn med aldersspredning fra cirka 30 år til cirka 60 år. Noen av legene hadde lederstillinger, men hoveddelen av legene var i daglig klinisk virke som leger. Gruppen med fastleger hadde en sammensatt etnisk profil, mens i gruppen med sykehusleger var alle etnisk norske.

Sykehuslegene arbeidet i samme kliniske avdeling og kjente hverandre som kollegaer. De var vant til å diskutere med hverandre i faglige diskusjoner på morgenmøter, i faglige diskusjoner i forbindelse med internundervisning og diskusjon av kasuistikker og medisinske problemstillinger gjennom klinisk virksomhet. Sykehuslegegruppen representerte ingen fast diskusjonsgruppe.

Gruppen av allmennleger var opprinnelig en veiledningsgruppe som var satt sammen for mange år siden i forbindelse med spesialisering i allmennmedisin. Etter at alle i veiledningsgruppen var ferdige spesialister i allmennmedisin, fortsatte gruppen å treffe hverandre regelmessig for å diskutere ulike temaer. Gruppen kjente hverandre derfor godt og hadde i lang tid møttes for å utveksle erfaringer og diskutere ulike problemstillinger.

Angående rekruttering til de ulike fokusgruppene ble det sendt ut en mailforespørsel i mai 2012 til et større antall sykehusleger tilknyttet samme avdeling. I mailen redegjorde jeg for bakgrunnen for mitt prosjekt og hvilke forventninger jeg hadde til deltakelse dersom de kunne bidra. I den første mailen foreslo jeg ulike datoer for samtale, og det kom på plass en avtale om at syv sykehusleger kunne stille rett etter arbeidsdag den aktuelle datoen i juni 2012. Ett intervjuobjekt meldte forfall samme dag og i alt seks leger deltok derfor på fokusgruppeintervjuet. Fokusgruppeintervjuet ble avholdt på et møterom på det aktuelle sykehuset og varte i ca en time og 30 minutter.

Rekruttering til fokusgruppeintervjuet med allmennlegene skjedde også via mail. Jeg sendte i mai 2012 ut forespørsel med generell informasjon om prosjektet til den aktuelle veiledningsgruppen, og avtalte at selve fokusgruppeintervjuet skulle foregå på en dato som gruppen allerede hadde avtalt samling. Imidlertid meldte så mange deltakere avbud rett før den opprinnelige møtedatoen at samlingen ble utsatt til august 2012. Det deltok da seks

allmennleger under fokusgruppeintervjuet. Møtet ble holdt i lokalene til Statens helsetilsyn og varte i ca en time og 40 minutter.

2.2.2 Bruk av kasuistikker

For å belyse mine spørsmål, valgte jeg å lage fire kasuistikker. Kasuistikkene bygger på fire reelle tilsynssaker, der kun minimale endringer er gjort i faktadelen som ledd i en viss anonymisering av personlige opplysninger i tilsynssaken. Tilsynssaker som er ferdigbehandlet i Statens helsetilsyn kan offentliggjøres. Det er kun opplysninger om pasienten eller personlige opplysninger om det aktuelle helsepersonellet, som er unntatt offentligheten.

En tilsynssak som behandles i Statens helsetilsyn, vil ofte inneholde svært mange dokumenter og har en omfattende saksbehandling. Jeg har likevel prøvd å fremstille de ulike tilsynssakene i en kort framstilling med vektlegging av de vesentligste forholdene. Utvalget av informasjon er mitt personlige valg, men kasuistikkene er kvalitetssikret av den aktuelle fagsjefen som har vært ansvarlig for behandlingen av flere slike saker i Statens helsetilsyn.

De fire kasuistikkene er valgt for at de skal kunne belyse spennet i denne type tilsynssaker. Kasuistikkene ble hentet fra ferdighandlede tilsynssaker i perioden 2006 til 2011. Målet mitt har vært å bruke tilsynssaker som kan belyse mangfoldet i disse sakene relatert til selve lege-pasientforholdet, selve innledningen av forholdet, varighet av forholdet og tidsmessige ulikheter i forhold til når saken ble gjort kjent for tilsynsmyndighetene. Jeg ønsket å ha med saker som involverte både psykiatere og allmennleger. Aktuelle saker der leger ved somatiske sykehus var involvert, fantes ikke ved gjennomgang av tilsynssakene i denne perioden. Da hoveddelen av slike tilsynssaker omhandler forhold mellom mannlig lege og kvinnelig pasient, dreier tre av kasuistikkene seg om denne relasjonen. Den fjerde kasuistikken dreier seg om et lesbisk forhold mellom en kvinnelig lege og en kvinnelig pasient. Slikt sett gjenspeiler mitt utvalg av kasuistikker de siste årenes tilsynssaker om rollesammenblanding som er behandlet i Statens helsetilsyn.

Mange av sakene som ender med administrativ reaksjon i Statens helsetilsyn, blir anket av helsepersonellet til Statens helsepersonellnemda. Tre av de tilsynssakene jeg har brukt i kasuistikkene, har blitt anket til Helsepersonellnemda. Vedtakene om administrativ reaksjon har i disse sakene blitt stadfestet av Helsepersonellnemda. Dette bekrefter at kasuistikkene representerer tilsynssaker om rollesammenblanding som også er i tråd med

Helserpersonellnemndas normoppfatning. Jeg slutter ut i fra dette at kasuistikkene er representative for den offisielle normen i slike tilsynssaker. Et av forholdene ble også anmeldt til politiet og domsavsigelse foreligger både fra tingretten og lagmannsretten.

Ved framstilling av de fire kasuistikkene ble det samtidig laget et referat av selve saksbehandlingen i Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemnd og rettssystemet. I denne framstillingen ble det vektlagt hva som var begrunnelsen for vedtakene i de ulike sakene. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene fikk etter at alle kasuistikkene var gjennomgått og drøftet i fokusgruppeintervjuet, gitt tilgang til vedtakene i de ulike sakene ved at beskrivelse av saksbehandlingen og vedtakene ble lest opp. Dette resulterte i en kortere diskusjon om hva som særlig var vektlagt og nye uttalelser om hvorvidt de enkelte fokusgruppedeltakeren syns vedtakene var rimelige eller ikke. Denne delen av samtale er ikke tatt med i framstillingen.

2.2.3 De fire kasuistikkene

Kasuistikk 1: Mannlig psykiater og kvinnelig yngre pasient

En 60 år gammel lege var spesialist i psykiatri. Han arbeidet som psykiater i en privatdrevet praksis. Psykiateren behandlet i 1993 en mannlig pasient som oppsøkte han pga vanskeligheter i ekteskapet. Som ledd i behandlingen møtte også pasientens ektefelle til konsultasjon hos psykiateren. Pasientens ektefelle ønsket etter hvert å komme alene til konsultasjonene hos psykiateren. Psykiateren har fortalt at det oppstod følelser mellom han og kvinnen, og samtale på psykiaterens kontor endte etter noen konsultasjoner med samleie.

Den kvinnelige pasienten bestemte seg for å skille seg fra sin ektemann, og psykiateren flyttet også fra sin samboer. Psykiateren og kvinnen innledet et fast forhold, og de ble samboere. Forholdet varte i fem år fra 1993 til 1997. Da forholdet ble slutt i 1997, ville kvinnen anmelde psykiateren, men i følge hennes uttalelse, ble hun truet av psykiateren, og hun unnlot derfor å anmelde forholdet. Først i 2009 ble forholdet meldt til fylkeslegen i forbindelse med at kvinnen gikk i behandling hos en psykolog for depresjon og angst. Saken ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot psykiateren.

I uttalelsen fra psykiateren vektla han at da det oppstod private følelser mellom de to, innså han at han måtte avslutte behandlingsrelasjonen. Dette hadde han gjort klart for kvinnen, og

han begynte derfor å treffe kvinnen utenfor kontortid. Han hevdet at den profesjonelle relasjonen var avsluttet noen måneder før den private relasjonen utviklet seg.

Vurdering av kasuistikk 1 i Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd:

Saken ble vurdert i Statens helsetilsyn og psykiateren som var betydelig eldre enn den kvinnelige pasienten, mistet i 2010 autorisasjonen jamfør Helsepersonelloven § 57. Det ble konkludert med at han innledet et seksuelt forhold til en pasient som var i en særlig sårbar situasjon, og at han ved å handle på en slik måte bidro til å svekke den allmenne tilliten til han som lege. Selv om forholdet lå flere år tilbake i tid, ble det i saken vektlagt at gjennom de uttalelser som kom i saken, synes det ikke som psykiateren viste tilstrekkelig innsikt i egne handlinger eller evne til profesjonell rolleforståelse som lege og psykiater.

Statens helsetilsyn vedtak om tilbakekall av autorisasjon ble anket til Helsepersonellnemnda som opprettholdt vedtaket.

Kasuistikk 2: Mannlig allmennlege og kvinnelig pasient

En mannlig allmennlege hadde vært lege for en kvinnelig pasient i noen måneder. Han var ikke hennes fastlege. Pasienten led av angst og depresjon og ble videre-henvist for dette. Hun fikk diagnosen personlighetsforstyrrelse. Etter noen konsultasjoner hos allmennlegen, ble det klart for legen at pasienten oppsøkte han fordi hun var forelsket i han. Pasienten sendte legen mange meldinger både på Facebook og SMS av privat og seksuell karakter. Legen besvarte kun en liten del av disse meldingene. Meldingene ble holdt i en erotisk form. Legen gjorde det klart for pasienten at hun ikke kunne fortsette behandlingen hos han, og at hun måtte kontakte sin fastlege. Pasienten ba om en siste konsultasjon på legekontoret, og de hadde da sex sammen. Kort tid etter dette, hadde legen og pasienten ved en anledning også sex i pasientens hjem. Pasienten klaget forholdet inn til fylkeslegen som anmeldt forholdet til politiet. Saken ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

I legens uttalelse er det redegjort for at han følte seg svært presset av pasienten. Han har uttalt at pasienten også presset han for penger. Han valgte ikke å betale, men anmeldte i stedet pasienten til politiet for utpressing. Overfor Statens helsetilsyn redegjorde han for at han mente det var galt å innlede et privat forhold til en pasient, og at han burde ha sagt nei til den siste konsultasjonen på legekontoret, men at han da ble overtalt av pasienten.

Vurdering av kasuistikk 2 i Statens helsetilsyn, Statens helsepersonellnemd og rettssystemet

Saken ble vurdert i Statens helsetilsyn, og legen ble fratatt autorisasjonen etter helsepersonelloven § 57 på grunn av uforsvarlig virksomhet og grov mangel på faglig innsikt, samt adferd uforenlig med yrkesutøvelse som lege. Begrunnelsen var at legen hadde innledet et forhold til en pasient han hadde hatt behandlingsansvar for. Statens helsetilsyn vurderte at det ikke hadde betydning om det var pasienten eller legen som tok initiativ til kontakten, og det ble heller ikke vektlagt at pasienten presset legen for penger og truet med å fortelle om forholdet til pasientens ektefelle.

Legen klaget saken inn for Helsepersonellnemda, som opprettholdt vedtaket om tap av autorisasjon.

Fylkeslegen anmeldte saken til politiet, og saken ble fremstilt for Tingretten. Legen ble dømt til 120 dagers betinget fengsel og 40 000 kroner i bot. Det ble i dommen vektlagt at han hadde misbrukt sin stilling til å skaffe seg seksuell kontakt med kvinnen. Legen anket Tingrettens avgjørelsen videre til Lagmannsretten. I Lagmannsretten ble dommen fra Tingretten opphevet med begrunnelse av at behandlingsrelasjonen var opphevet rett før innledning av det seksuelle forholdet.

Legen anket vedtaket om autorisasjonstap til Helsepersonellnemda. Vedtaket om tilbakekall av autorisasjon ble opprettholdt med begrunnelse blant annet av at det ikke var av betydning når Lagmannsretten mente behandlingsrelasjonen var opphevet, da det uansett hvilket tidspunkt en la til grunn for siste legekonsultasjon, var gått svært kort tid fra det forelå en behandlingsrelasjon til det ble innledet et privat og seksualisert forhold.

Kasuistikk 3: Mannlig allmennlege og sykepleier ved legekontolet som også var hans pasient

En mannlig allmennlege hadde arbeidet som fastlege ved et legekontolet i en liten bygd i mange år. Han ble gjennom sitt arbeid kjent med en kvinnelig sykepleier som også arbeidet i kommunen. Sykepleieren hadde noen konsultasjoner hos den aktuelle legen, blant annet i forbindelse med samlivsbrudd mellom sykepleieren og ektefellen. Sykepleieren oppsøkte også legen en gang han hadde legevakt. Kort tid etter dette dro legen hjem på besøk til sykepleieren. Han hadde da med seg en flaske vin og de to innledet et seksuelt forhold. Etter et halvt år innledet de et fast forhold, og de to ble samboere. Forholdet varte i flere år. I denne

perioden henviste legen blant annet sin samboer til psykiatrisk behandling for depresjon. Forholdet ble etter hvert slutt, og sykepleieren meldte saken til fylkeslegen. Saken ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot legen.

Legen uttalte i saken at han aldri hadde vært pasientens fastlege. Konsultasjonene hadde vært begrenset til legevaktkonsultasjoner og oppfølging av disse. Han oppfattet å være hennes kollega og venn gjennom mange år før de innledet forholdet og ble samboere.

Vurdering av kasuistikk 3 i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn vurderte om det var grunnlag for tilbakekall av autorisasjon som lege, men kom til at det ikke var grunnlag for det. Bakgrunnen for denne beslutningen, var at legen og pasienten hadde kjent hverandre som kollegaer over lang tid før det private og seksualiserte forholdet oppstod.

Legen fikk en advarsel for brudd på helsepersonelloven § 4. Det ble påpekt at han handlet i strid med kravet til forsvarlig virksomhet, da han innledet et forhold til sykepleieren som han nylig hadde vært lege for. Det ble vurdert at pasienten var i en særlig sårbar situasjon da hun hadde en angstlidelse, og fordi forholdet ble innledet kort tid etter at pasienten hadde hatt et samlivsbrudd. Vedtaket om advarsel ble ikke anket til Helsepersonellnemda.

Kasuistikk 4: Kvinnelig psykiater og kvinnelig pasient

En kvinnelig psykiater utdannet i England arbeidet som overlege ved et Distriktpsykiatrisk senter (DPS). Psykiateren hadde behandlingsansvar for en kvinnelig pasient som var innlagt ved DPS i noen uker. Pasienten led av en alvorlig depresjon, og hun hadde suicidale tanker. Etter utskrivelsen fra DPS hadde pasienten poliklinisk oppfølging hos den samme psykiateren i ca et halvt år. Pasienten kom seg betraktelig under denne behandlingen.

Kort tid etter at behandlingen ved poliklinikken ble avsluttet, traff pasienten og psykiateren hverandre tilfeldig på gaten. De drakk kaffe sammen, og fortsatte etter dette å treffe hverandre, og de innledet etter hvert et intimt forhold. Forholdet varte ca et år før det ble slutt. Arbeidsgiveren til psykiateren meldte fra til fylkeslegen at psykiateren hadde innledet et forhold til en pasient. Saken ble oversendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

I uttalelse fra psykiateren er det poengtert at forholdet ble innledet etter at behandlerrelasjonen ble avsluttet. Psykiateren oppfattet at følelsene var gjensidige, og hun mente at det menneskelige forholdet var likeverdig. Psykiateren uttalte at hun var klar over at det var problematisk å innlede et forhold til en pasient, og hun diskuterte derfor dette med kollegaer. Psykiateren var ikke kjent med reglene for tap av autorisasjon i Norge.

Vurdering av kasuistikk 4 i Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd

Saken ble vurdert av Statens helsetilsyn, og det ble funnet grunnlag for tilbakekall av legens autorisasjon, jf helsepersonelloven § 57. Det ble i vedtaket vist til at ”Formålet med tilbakekallingsreaksjon er å bidra til å sikre kvalitet i og tillit til helsetjenesten, og beskytte nåværende og fremtidige pasienter mot helsepersonell hvis yrkesutøvelse utgjør en risiko for pasienter”.

Psykiateren anket vedtaket til Helsepersonellnemda. I Helsepersonellnemda ble det vurdert at vilkårene for tilbakekall var til stede, men i vurderingen om autorisasjonen faktisk skulle tilbakekalles, var det dissens i nemda med fire mot to medlemmer. Flertallet mente at autorisasjonen skulle tilbakekalles med begrunnelse forholdet til sikkerheten for pasienter og den allmenne tilliten til helsetjenesten. Mindretallet mente at psykiateren kunne få en begrenset autorisasjon som lege og arbeide i rådgivende stilling uten pasientkontakt. Vedtaket om fullt autorisasjonstap ble opprettholdt i Helsepersonellnemda.

2.3 Intervjueguiden

Det ble laget en intervjueguide som baserte seg på spørsmål jeg ønsket å belyse gjennom samtale. Intervjuguiden inneholdt noen innledende spørsmål av mere generell karakter slik som når legene hadde fått opplæring i rolleforståelsen som leger og litt om behandling av tilsynssaker hos tilsynsmyndighetene. Disse spørsmålene var ment både for å starte opp diskusjonen på et litt «ufarlig» nivå, samt gi deltakerne muligheter for å avklare eventuelle spørsmål om tilsynsmyndighetene og formelle forhold ved tilsynssaksbehandlingen.

Intervjuguiden inneholdt deretter mer spesifikke spørsmål knyttet til momenter som fremkom i de ulike kasuistikkene og forhold som kunne belyse og avklare normoppfatningen i gruppen.

Intervjuguiden inneholdt følgende spørsmål:

Bakgrunnsspørsmål:

- Kan du huske at du i studietiden eller i løpet av din yrkeskarriere har hatt undervisning som har fokus på temaet rollesammenblanding og hva lærte dere om dette temaet?
- Har temaet rollesammenblanding vært et tema for diskusjon i andre sammenhenger?
- Er du kjent med hvordan slike saker behandles og vurderes hos fylkeslegen eller Statens helsetilsyn?

Ansvar for at behandlingsrelasjonen forblir profesjonell:

- Hvilket ansvar har behandleren for at relasjonen forblir profesjonell?
- Har pasienten også et selvstendig ansvar for dette?

Når du/dere vurderer alvorligheten av rollesammenblanding:

- Har det betydning hvor lenge pasient og behandler har kjent hverandre før de innleder en privat relasjon
- Har det betydning hvor lang tid det har gått fra behandlingsrelasjonen er avsluttet til legen innleder et privat forhold til en tidligere pasient?
- Har det betydning at privatisering av en behandlingsrelasjon først avdekkes etter mange år og derfor ligger mange år tilbake i tid, for eksempel over ti år?
- Har det betydning hvor lenge den private relasjonen varer?

Andre momenter av betydning:

- Tenker du/dere annerledes om behandleren er en psykiater enn en allmennlege?
- Vil pasientens psykiske tilstand og/eller diagnose ha betydning for hvor alvorlig du/dere ser på det å innlede en privat relasjon?
- Har det noen betydning at det er stor aldersforhold mellom de to partene, for eksempel at behandleren er betydelig eldre enn pasienten?

Når forholdet politianmeldes og legen blir dømt. Bør dette ha betydning for hvordan Statens helsetilsyn skal vurdere saken?

- I forhold til at saken da er spesielt alvorlig og dette også skal få betydning for tilsynssaken
- I forhold til at helsepersonell får en type ”dobbelstraff” ved at de både blir dømt i rettssystemet og mister autorisasjonen

2.4 Egen rolle

Kvalitativ forskning innebærer å anvende en metode som er anvendelig for å samle inn data som gjenspeiler holdninger og meninger hos informantene. Ved en slik metode vil også forskeren kunne påvirke forskningsprosessen og dens resultater (Malterud 2011).

Forskningsintervjuet er imidlertid preget av en ubalanse der det er et klart asymmetrisk forhold mellom intervjuer og intervjuobjekter. Denne ubalansen har en etisk side, men like viktig er selve teorien om kunnskapen – epistemologien. Den intervjubaserte kunnskapen baserer seg blant annet på ulike trekk slik som at kunnskapen er samtalebasert, avhengig av den konteksten den framstår i, den språkdrakten den formidles i og hvordan den blir forsøkt tilpasset i vår menneskelige betydningsverden (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er altså ulike aspekter som påvirker det en forsker vil oppfatte som resultater i en kvalitativ undersøkelse.

Ved gjennomføring av fokusgruppeintervjuene var det derfor viktig for meg som forsker å prøve å opptre på en slik måte at det var tydelig at det faktisk at jeg arbeider i Statens helsetilsyn, i minst mulig grad skulle prege hvordan intervjuobjektene diskuterte og argumenterte.

Jeg valgte å poengtere at det ikke var ønskelig at informantene skulle prøve å tilfredsstille tilsynsmyndigheten ved å gi «tilsynsmessig korrekte svar» som skulle være sammenfallende med det de trodde var vurderingene gitt av Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd. Dette ble vektlagt både innledningsvis før intervjuet startet, og gjennom fortløpende innspill under samtalene.

Jeg forsøkte under samtalene og ha en tilbaketrukket rolle og der kroppsspråket ikke var talende i forhold til at noen av uttalelsene kunne oppfattes som «rette» eller «gale». Det kom en del spørsmål underveis, og disse ble forsøkt besvart ut i fra en generell tilnærming. Spørsmål som dukket opp under gruppeintervjuet og som hadde direkte med

saksbehandlingen i kasuistikkene, ble ikke besvart. Det ble da henvist til at deltakerne ville få «fasiten» til slutt i forbindelse med at vedtakene fra Statens helsepersonell og Statens helsepersonellnemd ble fremlagt.

Selv om jeg forsøkte å signalisere at jeg ønsket en mest mulig fri og åpen diskusjon, opplevde jeg at deltakerne i varierende grad ønsket bekreftelse på om deres refleksjoner holdt mål. For mange av deltakerne var temaet ganske ukjent, og ytringene bar derfor innimellom preg av å være spontane. Synspunktene var av samme grunn ikke grundig gjennomtenkte og særlig gjennomarbeidete. Jeg prøvde hele tiden å være bevisst på at min rolle var å støtte opp rundt diskusjonene, slik at de forløp uten at deltakerne opplevde at de måtte prøve å treffe akkurat den samme normen som tilsynsmyndigheten legger til grunn.

2.5 Innledning til fokusgruppeintervjuet og informasjon til deltakerne

Jeg informerte først om meg selv og bakgrunnen for masteroppgaven. Det ble deretter fortalt om rammene for samtalen og generelle trekk ved et fokusgruppeintervju. Det ble kort gjennomgått saksgangen i tilsynssaker, og hvordan oppgavene er fordelt mellom Fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Det ble vist til at slike saker enkelte ganger også anmeldes til politiet, dersom de er særlig alvorlige.

Det ble innledningsvis påpekt at det var helt greit at det var uenighet i samtalegruppen, og at det var viktig at alle kom fram med sine synspunkter. Det ble påpekt at selv om det dreide seg om nye problemstillinger for den enkelte deltaker og alle uttalelsene derfor ikke var så nøye gjennomtenkte, var det ønskelig at momentene ble løftet fram slik at en sammen kunne diskutere synspunktene.

Det ble redegjort for at Statens helsetilsyn hvert år behandler flere tilsynssaker som omhandler dette temaet og der ulike grupper av helsepersonell er involvert. Det ble understreket at jeg hadde valgt kun å undersøke hvordan leger vurderer saker der det er leger som innleder et intimt forhold til en pasient. I denne sammenheng ble det forklart at oppgaveskriveren hadde valgt å ha fokusgruppeintervju med en gruppe med sykehusspesialister og en gruppe med leger fra allmennmedisin. Jeg påpekte at formålet med oppgaven var et ønske om å belyse hvordan to grupper av leger vurderer saker der leger innleder et privat forhold til en av sine pasienter.

Det ble opplyst at det var laget fire kasuistikker som omhandlet pasient-lege-relasjoner, og der det hadde utviklet seg et intimt forhold mellom pasient og lege. Det ble opplyst at kasuistikkene dekket saker både fra allmennmedisin og fra psykisk helsevern. Det ble opplyst at alle sakene var bygd på reelle tilsynssaker, men at de i noen grad var omskrevet slik at eksemplene ikke var helt autentiske. Det ble anbefalt at dersom noen gjenkjente de enkelte sakene, enten fra media eller fra andre kanaler, skulle de holde dette for seg selv og ikke dra disse momentene inn i selve diskusjonen.

Det ble opplyst at jeg i noen grad kunne komme med tilleggsopplysninger dersom fakta i saken fremstod som uklart. Det ble poengtert at målet ikke var å diskutere detaljer i selve hendelsene, men å få fram hvordan deltakerne vurderte de ulike momentene som kom fram i de fire kasuistikkene. Gruppen ble også bedt om å tenke på hvordan de vektla opplysningene i de ulike kasuistikkene i forhold til om de mente at den involverte legen burde miste autorisasjonen. Det ble opplyst at gruppen kunne diskutere fritt, og at moderatoren hadde en del spørsmål som ville bli trukket fram, avhengig av hva som ble ansett som nødvendig for å få til en god diskusjon

2.6 Transkribering

Det første intervjuet ble tatt opp med opptaksfunksjonen på en Iphone, mens det andre intervjuet ble tatt opp både med Iphone og en digital lydbåndopptaker. Lydopptakerfunksjonen på Iphone ble forstyrret da jeg fikk en telefonsamtale under det første fokusgruppeintervjuet med sykehuslegene. Lydbåndopptak fra det første fokusgruppeintervjuet inneholdt derfor kun 14 minuttene av gruppesamtalen. Etter diskusjon med min hovedveileder, ble vi enige om at jeg umiddelbart skulle skrive ned et referat fra intervjuet. Jeg hadde på dette tidspunktet en nokså detaljert erindring om hvordan gruppesamtalen hadde forløpt, og skrev ned en åtte siders framstilling. Den første delen av referatet inneholdt direkte sitater fra informantene, mens den øvrige diskusjonen ble referert kronologisk. Alle intervjuobjektene i sykehuslegegruppen fikk tilsendt referatet i sin helhet, og fire av seks deltakere ga tilbakemelding om at de synes referatet var sammenfallende med det som ble sagt under selve fokusgruppeintervjuet. De to siste deltakerne responderte ikke på forespørselen.

Under det andre fokusgruppeintervjuet med allmennlegene ble det tatt lydopptak både med lydopptakerfunksjonen på Iphone i flymodus og med en digital lydbåndopptaker. Intervjuet ble transkriberte over til et dokument med 30 sider tekst. I prosessen transkriberte jeg mest mulig direkte fra tale til skrift. I deler av samtalen var deltakerne svært engasjerte og det var vanskelig å skille den enkeltes tale. Dette dreier seg imidlertid kun som mindre sekvenser av intervjuet. Dette ble da nedskrevet som en felles uttalelse. Kun et par ganger i løpet av transkriberingen, var det nødvendig å anonymisere deler av innholdet som inneholdt navn eller sted. For øvrig ble informasjon som var egnet til å identifisere deltakere under intervjuet fjernet, og lydopptakene ble slettet da masteroppgaven var levert.

2.7 Analyse av data fra fokusgruppeintervjuene

For å analysere dataene etter fokusgruppeintervjuene, fulgt jeg den kvalitative analysen kalt systematisk tekstkondensering. Prosedyren for analyse er basert på fenomenologisk orientert metode beskrevet av Malterud (2011).

Ved gjennomgangen gjennomgikk jeg de fire trinnene som Malterud beskriver. Jeg dannet meg først et helhetsinntrykk av materialet etter å ha transkribert intervjuene. Ut i fra dette helhetsinntrykket ble det i trinn to laget en kodeliste som jeg mente identifiserte de meningsbærende enhetene i de to fokusgruppeintervjuene. Jeg satte først opp åtte temaer og samlet alle de meningsbærende uttrykkene under disse kodene. De meningsbærende uttrykkene ble på denne måten tatt ut av sin opprinnelige sammenheng. Etter denne gjennomgangen viste det seg at noen av kodene kunne slås sammen, blant annet fordi de inneholdt beskrivelser av komplementære elementer. En av kodene kunne legges inne under det mer sammensatte temaet «Selve lege-pasient-forholdet». Etter denne gjennomgangen satt jeg igjen med fem koder. I denne delen av prosessen ble benevnelsen av noen av kodene endret, slik at de ble mer dekkende for de ulike meningsbærende enhetene.

I tillegg til tekst som passet under de nå gjenstående fem kodene, var det en del tekst som omhandlet temaer av mer generell karakter og som ikke var uttrykk for normoppfatningen blant leger, men som omhandlet mer generelle trekk ved legerollen. Dette dreide seg om undervisning og opplæring om legerollen og rollesammenblanding, fastlegers henvisningspraksis når de behandler sine ektefeller og behandling av tilsynssaker i rettssystemet.

Til slutt i resultatkapittelet ble det laget et eget avsnitt som beskriver de generelle trekkene ved legerollen, da jeg oppfatter at disse momentene har betydning for hvordan leger vurderer saker der det foreligger private relasjoner mellom lege og pasient. Momentene beskriver imidlertid ikke direkte normoppfatningen i tilsynssakene og passer derfor ikke inn i de ordinære kodene.

Det tredje trinnet i analysen innebar at det meningsbærende innholdet ble beskrevet på en mer tydelig og kortfattet måte. Jeg valgte å gjøre dette ved å kombinere bruk av sitater og kondensering av de meningsbærende enhetene. Jeg har valgt relativt utstrakt bruk av sitater, da det var mange frittalende intervjuobjekter som på en konkret og personlig måte belyste de ulike dilemmaene i denne type tilsynssaker.

I det siste trinnet gikk jeg tilbake til den opprinnelige teksten og etterprøvde om det meningsbærende innholdet i teksten passet til de kategoriene jeg hadde valgt. I denne delen av analysen stilte jeg spørsmål om generaliseringen var representativ for det som ble sagt under samtalene og som dannet grunnlag for mine valg av fenomener. En oversikt over kategorier og underkategorier jeg brukte i analysen er listet opp i Vedlegg «Kodegrupper med subgrupper» på side 92.

Til slutt ble dataene analysert ved å sammenligne dataene med den praksis som Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd har, når de vurderer om det er grunnlag for å gi en lege en administrativ reaksjon i denne type saker. Analyseprosessen og de preliminære analysene er diskutert med veilederne, som igjen har kommet med innspill relatert til analysene og organisering av resultatene.

3 Resultater

3.1 Kategorisering av resultatene

Etter å ha gått gjennom alt innsamlet materiale fant jeg fem kodegrupper som de fleste meningsbærende utsagn kunne sorteres under. Da normforståelsen er avhengig av de fire kasuistikkene som danner grunnlaget for diskusjonene under fokusgruppeintervjuene, er resultatkapittelet sortert i de ulike meningsbærende utsagnene under hver av kasuistikkene.

Funnene under hver kasuistikk er kategorisert i følgende fem hovedkategorier:

- Forventninger til legerollen
- Betydningen av pasientens diagnose
- Tidsfaktorer ved vurdering av rollesammenblanding
- Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen
- Vurdering av konsekvensen for den involverte legen

Til slutt har jeg tatt med noen generelle betraktninger som ikke er relatert direkte til kasuistikkene, men som kom fram under fokusgruppeintervjuene. Dataene fra de to fokusgruppeintervjuene er samlet. Der det fremkom ulikheter mellom sykehuslegene og allmennlegene som gruppe, er dette poengtert under den enkelte kasuistikk. For å systematisere dette refereres alltid uttalelse fra sykehuslegene først, deretter uttalelsene fra allmennlegene.

I de neste punktene gjennomgås systematisk de fire kasuistikkene med de tilhørende meningsbærende utsagnene og fenomenene. Deretter oppsummeres funnene i et eget underkapittel som er kalt konklusjoner. Ut i fra disse konklusjonene, stiller jeg noe spørsmål som danner grunnlaget for den videre diskusjonen under kapittel 4.

3.2 Kasuistikk 1: Mannlig psykiater og kvinnelig yngre pasient

3.2.1 Forventninger til legerollen

Under diskusjonene i de to fokusgruppene ble det fremhevet at selve legerollen er beheftet med spesifikke krav til legen. Deltakerne mente at legen har et stort ansvar for å opptre profesjonelt og gjennom dette sørge for at lege-pasient-forholdet forblir forutsigbart og tydelig. I det å opptre profesjonelt mente begge legegruppene at det er legen som har det største ansvaret, for å unngå at det utvikler seg til et intimt forhold mellom legen og pasienten.

Det ble betegnet som svært alvorlig at en psykiater ikke hadde erkjent at han ikke burde innlede et forhold til ektefellen til sin pasient. Det var enighet i gruppen med sykehusleger at det «*var drøyt*» at psykiateren hadde innledet et forhold til kona til en pasient som psykiateren hadde hatt i terapi i forbindelse med samlivsproblemer. En av legene uttalte: «*Det er jo helt... Jeg tror de fleste ville reagere. Å flytte sammen og det hele!*»

Det ble hevdet blant sykehuslegene at en kunne få inntrykk av at psykiateren utnyttet den situasjonen som oppstod da forholdet mellom de to ektefellene ble vanskelig, og ekteparet var midt i en ekteskapskonflikt da mannen oppsøkte psykiateren. Det ble poengtert at psykiateren verken klarte å opprettholde en profesjonell rolle overfor den mannlige pasienten, som jo var den som først oppsøkte psykiateren for å få hjelp, og heller ikke pasientens kone som han innledet et forhold til.

Det ble vektlagt i gruppen med sykehusleger at psykiatere har et særlig ansvar for å unngå at et lege-pasient-forhold utvikler seg til en intim relasjon, da psykiatere har mye fokus på rolleavklaring i sin utdanning, og da det er kjent at pasienter kan forelske seg i sin behandler. En av sykehuslegene uttalte «*Men de er veldig klare på at det på en måte ikke er ekte følelser, at det er en..... pasienten vet ikke om deg , hvem du er, men det er den kommunikasjonen mellom behandler og pasient. Jeg vet ikke om han var klar over det han her?*» En av legene uttalte videre: «*De følelsene som man opplever kan jo på en måte oppfattes som ekte fordi man er i en situasjon der en gir av seg selv, men at det er følelser en ikke kan gå videre med. Du kan ikke styre de følelsene du får, men du må aldri gå videre med dem*».

Det var flere av utsagnene som vektla at ansvarsforholdet var asymmetrisk og at det var legen som bar hovedansvaret for at forholdet forble profesjonelt. En av deltakerne i sykehuslegegruppa uttalte: *"Jeg tror menig mann i gata ville reagert ganske kraftig uansett. En mannlig pasient som går til en psykiater og kort tid etter så flytter hans kone sammen med psykiateren. Det er noe som ikke klinger helt bra!"*. Det ble hevdet av en annen: *«Selv om han blir lagt an på, velger han å gå videre.»*

Det ble også hevdet at psykiatere må være forberedt på at de kan komme i situasjoner der de behandler attraktive yngre kvinner. En av legene i sykehuslegegruppa uttalte: *«Det er jo veldig viktig at mannlige psykiatere er bevisst på dette at de kan ha unge, pene pasienter som legger an på dem. Psykiatere kan oppfattes som redningspersoner og det er viktig at de uansett situasjon er seg selv bevisst dette, og ikke går videre med de følelsene som eventuelt oppstår»*.

Pasientens ansvar for å unngå at en forelskelse fikk utvikle seg ble også diskutert. Det ble hevdet blant sykehuslegene at det kunne være hevn fra kvinnens side da forholdet tok slutt. En av deltakerne hevdet da *"Det er likegyldig til hvor alvorlig det er"*. Det ble hevdet at pasienter kan legge an på behandleren, men at det uansett må være behandleren som har hovedansvaret for å sørge for at et slikt forhold ikke får utvikle seg. En av sykehuslegene uttalte: *«Man kan jo lure på hvorfor hun ville komme til han. Er det for å bli pasient eller for å bli hans elskerinne eller samboer? Jeg syns ikke det er tvil om at dette er ekstremt grovt.»*

Det asymmetriske forholdet mellom legen og pasienten ble også omtalt i allmennlegegruppa. Det ble vektlagt at kvinnen var den svake part og at psykiateren utnyttet denne maktubalansen. Det ble kommentert at dette neppe førte til at ekteskapsproblemene ble mindre. Det ble påpekt at fordi legen og pasienten ikke er likeverdige, fordrer dette at legen må være særlig aktsom og sørger for å avslutte lege-pasient-forhold dersom det står i fare for å utvikle seg til en intim relasjon. En av legene i allmennlegegruppa uttalte: *«Han lot det bare skje og gikk fra sin samboer. Det virker som han var styrt av følelser og ikke rasjonalitet, i den overgangen. Han kunne gjort det mye lettere for seg selv i ettertid og sagt at; nå avslutter vi kontakten i to måneder eller tre måneder, og så gjenopptar vi den utenom kontoret og på helt andre steder. Og jeg går fra kona, eller... ja,.. Det virker som følelsene tok overhånd»*..

Det ble diskutert hvordan en skal forholde seg til en psykiater som kanskje hele sitt liv har behandlet pasienter i tråd med god yrkesetikk, og så ved en anledning gjør et grovt overtramp.

Det ble diskutert om en skal vektlegge at en lege tidligere har opptrådd innenfor loven. En av legene i allmennlegegruppa spissformulerte dette og uttrykte:: *«Hvis jeg blir tatt i fartskontroll så er det jo topphastigheten de tar meg på, og ikke hvordan jeg kjørte resten av turen».*

3.2.2 Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding

Det ble i diskusjonen blant sykehuslegene påpekt at det var noe uklart når det faktisk oppstod et forhold mellom psykiateren og den kvinnelige pasienten. En lege sa: *«Jeg bare syns det var litt diskrepans med at det står – «endte etter noen konsultasjoner med samleie», og samtidig sier psykiateren at den profesjonelle relasjonen var avsluttet noen måneder før den private relasjonen utviklet seg. Hva er sant her?»* En av sykehuslegene spurte da: *«Hadde det vært greit da om det hadde vært noen måneder?»*

Sykehuslegene diskuterte at saken først kom opp mange år etter at forholdet var avsluttet. Det ble påpekt av en av legene at forholdet hadde pågått over mange år, og at det da var mer enn en vanlig forelskelse. Flere av intervjuobjektene mente at den lange tiden som hadde gått siden forholdet var avsluttet, gjorde vurderingen litt mere komplisert, men at det ikke hadde noen større betydning for vurderingen av alvorligheten i saken. Sykehuslegegruppen hevdet at det uansett var alvorlig at psykiateren ikke hadde erkjent at han ikke burde innlede et forhold til en kvinne han hadde møtt under konsultasjon med ektefellen til en pasient.

Flere i sykehuslegegruppen hevdet at det ikke hadde betydning at saken kom opp etter så mange år, da det i første rekke kunne skyldes kvinnens situasjon og psykiske tilstand at saken ikke var kommet opp tidligere. En lege mente: *«Vi vet jo ikke hvordan forholdet har vært i de fem årene, men uansett forandrer jo ikke det – syns jeg.»* En av legene hevdet da: *«Det er vel kanskje litt til hans forsvar at det tar så lang tid etter, for den sannheten som kommer fram etterpå, vil kanskje være... kan en ikke si så mye sikkert om tidsrelasjoner og sånne ting.»*

I gruppen med allmennleger ble det diskutert om det foreligger en karenstid på to år fra et lege-pasient-forhold blir avsluttet til legen kan innlede en privat relasjon til pasienten. Noen av legene i gruppen mente å huske at dette var nevnt i studietiden da de hadde undervisning om legerollen. En av allmennlegene hevdet å ha kjent til en situasjon der en kollega ringte til Den norske legeforening og fikk beskjed om at legen umiddelbart måtte avslutte lege-pasient-forholdet, men at det deretter var greit å innlede et forhold til sin pasient.

Allmennlegegruppen diskutert også om lege-pasient-forholdet var reelt avsluttet før psykiateren og kvinnene innledet det private forholdet. Det ble påpekt at det var litt uavklart i selve kasuistikken hva de faktiske forhold var. Det ble videre diskutert at det gikk svært mange år fra samboerforholdet ble avsluttet til kvinnen meldte fra om forholdet. Det ble sagt at dette kunne skyldes at kvinnen var traumatisert og ikke orket å ta det opp med sin nye behandler. Det ble også nevnt som en mulighet at kvinnen faktisk ble truet av psykiateren til å hemmeligholde det. Det ble også antydnet at bruddet måtte ha vært traumatiske med blant annet hevntanker.

Under diskusjonen om hvorvidt det hadde betydning at det gikk så mange år fra forholdet ble avsluttet til det ble en tilsynssak, var det uenighet i allmennlegegruppa om dette hadde noen betydning. Noen av deltakerne mente dette hadde betydning og syntes dette burde medvirke til at en vurderte handlingen som mindre alvorlig. En av deltakerne hevdet på den andre siden: *«Jeg syns jussen ligger der uansett. Jeg syns det er et grovt overtramp i lege-pasient-forholdet. Man skal være trygg på at man ikke blir utsatt for slike ting når man går til lege»*. Det ble videre diskutert om det var en foreldelsestid i jussen, tilsvarende det som foreligger for alvorlige straffbare forhold.

3.2.3 Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen

Betydningen av "ekte kjærlighet"

Sykehuslegen diskuterte ikke under noen av kasuistikkene om det kunne dreie seg om «ekte kjærlighet». Allmennlegene var imidlertid mer opptatt av å kartlegge om det dreide seg om ekte følelser og genuin kjærlighet mellom de to partene.

En av allmennlegene mente det var formildende når et forhold mellom en lege og en pasient hadde vart i flere år, og mente da at det måtte ha utviklet seg til et ordentlig kjærlighetsforhold. *«Ja, det var jo fem års samboerforhold etterpå, så det var nok kjærlighet da!»* En annen av allmennlegene konkluderte med *«Dette var åpenbart kjærlighet fra psykiaterens side»*. Det ble også kommentert at et forhold som varer i fem år, varer lengre enn det mange ekteskap gjør.

Allmennlegene diskuterte også om tilsynsmyndighetene burde vektlegge hvorvidt det private forholdet hadde vært lykkelig eller ikke. Det ble sagt at hevntanker kunne dukke opp først når

de to involverte skilte lag. Hvorvidt de hadde hatt det bra forut burde kanskje vektlegges mente enkelte av allmennlegene, og det ble uttalt: *«Hvis de har vært lykkelige de årene de har hatt, inntil ting begynner å knirke og de går fra hverandre».*

Betydningen av hvor de hadde sex

Dette momentet ble ikke diskutert i fokusgruppeintervjuet med sykehuslegene, men kom opp flere ganger under fokusgruppeintervjuet med allmennlegene. En av legene sa under diskusjonen av denne kasuistikken: *«Jeg reagerer veldig på at det var samleie på kontoret.»* En av allmennlegene uttalte også: *«Jeg synes ikke det at det nødvendigvis skjedde på kontoret var det mest graverende. Altså. Det kan skje. Det høres mer graverende ut, men det er jo ikke noe verre eller bedre at det skjer der eller på hotellet ved siden av. Jo, kanskje...»* En av de andre i gruppa kommenterte da: *«Jo, det føler jeg er kjempe jeg!»* Den samme legen uttalte: *«Jeg synes å ha samleie med en pasient på kontoret det er førti røde streker, etter mitt skjønn da.»* Legen fikk støtte av flere i gruppen på dette synet. En annen av legene hevdet da: *«95 % av problemet er jo at de hadde samleie. At en psykiater hadde samleie med en pasient. At det var på kontoret, det er bare 5 % av problemet. Hovedproblemet er at de faktisk hadde samleie i terapi-situasjonen. Om det var på kontoret eller om det var på hotellet over gata. Ja, det er kanskje en forskjell der også, men det er selve handlingen.»*

Betydningen av aldersforskjellen

Enkelte i sykehuslegegruppen mente at det kunne være skjerpende at det var stor aldersforskjell mellom lege og pasient, men en av sykehuslegene hevdet at aldersforskjellen som sådan ikke hadde betydning.

I allmennlegegruppen kom også tilsvarende meninger til uttrykk. En av allmennlegene mente det ble mer alvorlig dersom det dreide seg om en svært ung pasient og en mye eldre lege. En annen av allmennlegene mente at så lenge det var innenfor lovens grense og dreide seg om en voksen person, hadde det liten betydning. En annen lege uttalte seg på følgende måte om aldersforskjell: *«Det er mer preget av seksuell utnyttelse i stedet for likeverdig forhold».*

Betydningen av trusler

Allmennlegegruppen mente det var svært negativt at legen truet sin pasient til ikke å fortelle om det intime forholdet som hadde oppstått. Det ble videre stilt spørsmål om en pasient ville ha bodd sammen med sin behandler i mange år, dersom forholdet hadde vært så ille. Det ble fremholdt at pasienten ble truet til å holde tett om forholdet, og det ble diskutert hvorvidt det faktisk forelå en reell trussel mot pasienten. En av allmennlegene stilte spørsmålet: *«Har han overkjørt henne så totalt, at han har fått hanket henne inn til samboerskap?»*

Det ble diskutert om psykiateren hadde skjulte agendaer, om han ville ha en elskerinne eller om det var kjærlighet. Avslutningsvis under diskusjon av denne kasuistikken ble det hevdet i allmennlegegruppen: *«og at han truer henne til ikke å anmelde i løpet av --- i alle fall anmoder sterkt om ikke å si det. Hvem hadde ikke gjort det - liksom? Alle hadde vel kanskje sagt at; vet du hva, det syns jeg du kan fortsette å drite i – for det er jo, det vil jo bety voldsomme reaksjoner overfor meg. Og dette var vi to om, og det har vært kjærlighet.»*

3.2.4 Vurdering av konsekvensene for den involverte legen

I gruppen med sykehusleger ble det diskutert hvorvidt legen burde miste rettigheten til å være lege, eller bare rettigheten til å være psykiater. En av sykehuslegene hevdet at et sentralt spørsmål var om legen burde miste spesialistgodkjenningen, eller om han burde miste autorisasjonen som lege. En annen lege sa da: *« Mener du at han kan være allmennmedisiner og ikke psykiater?»* En tredje lege repliserte deretter: *«Eller bare være lege for mannlige pasienter og ikke kvinnelige pasienter?»*. Disse spørsmålene ble ikke eksplisitt besvart.

En av sykehuslegene mente at psykiateren kunne ha vært en god psykiater i mange år og behandlet mange pasienter som var svært fornøyde etter langvarig samtaleterapi. Den aktuelle saken kunne ha vært en enkeltstående hendelse, og en av legene undret seg over om dette kunne få betydning for hvor streng reaksjon psykiateren skulle få. En av legene poengterte igjen at en psykiater måtte ha dette helt klart for seg, og at det ikke hjalp at det bare var en enkelthendelse, og at sånt ikke skal foregå uansett hvor flink psykiater han egentlig var.

Kasuistikken og avklaringen av hva som var tilstrekkelig reaksjon overfor legen ble diskutert videre, og gruppen med sykehusleger som helhet, mente at legen burde miste sin autorisasjon som lege.

I allmennlegegruppen ble det ikke diskutert så konkret om hva som ble sett på som aktuell reaksjon overfor psykiateren. Det ble hevdet at legen burde få en reaksjon, men det ble påpekt at det var flere formidlende omstendigheter som gjorde at en ikke skulle være så streng, slik som at det dreide seg om ekte kjærlighet og at forholdet hadde vart lenge. Under diskusjon av de andre kasuistikkene etterpå, kom allmennlegegruppen tilbake til at denne kasuistikken likevel var svært alvorlig.

3.3 Kasuistikk 2: Mannlig allmennlege og kvinnelig pasient

3.3.1 Forventninger til legerollen

Forholdene rundt bruk av sosiale medier var et av temaene under samtalen rundt denne kasuistikken. Det ble hevdet av en av legene i sykehusgruppen at det å svare på SMSer og eventuelt være facebook-venn med sine pasienter, uansett var svært upassende. Det ble hevdet at det i en slik situasjon burde ha ringt noen store klokker som fortalte legen at han burde passe på og ikke involvere seg. En av legene i sykehusgruppen mente det var uhøflig ikke å svare på meldingene, og at det var viktig å legge til rette for en god relasjon og opptre høflig overfor pasientene sine. Vedkommende lege synes derfor det var greit å svare på noen meldinger enten på SMS eller mail, men at meldingene da måtte holdes i en grei og saklig form.

En av allmennlegene hevdet at det også må være pasientens ansvar å forhindre at en slik relasjon får utvikle seg til et intimt forhold. En av legene i allmennlegegruppa spissformulerte situasjoner som kan oppstå og hevdet: «*Men det er jo litt som i sånne voldtektsgreier, «når du går med så korte skjørter så, så må man være med på alt». Hvis det er sann at en pasient inviterer deg på sex så, ja, ja det er ikke rart at man får lyst»*. En annen av legene understreket at den aktuelle legen i tilsynssaken, uansett hadde et eget ansvar for å sørge for at forholdet ikke utviklet seg til et intimt forhold. En av allmennlegene hevdet: «*En som har 100 % bestemt seg for ikke å ha sex med denne kvinnen, hadde vel ikke hatt sex. Og visst du føler deg litt sann fristet, kanskje prøver å avslutte, men så tar han en siste konsultasjon allikevel og kanskje da vet at dette kan gå galt»*.

Under diskusjon av denne kasuistikken ble det hevdet at pasienter kan være ganske manipulerende og at dette krever en avklart rolleforståelse. En av legene i

allmennlegegruppen uttalte: *«Ja, men det er jo forståelig når man får private meldinger at det blir litt private svar. Det har jeg stor forståelse for... Jeg ser at han har viklet seg inn i det. Han fikk nok seksuelle følelser også. Her er det ikke nødvendigvis kjærighet, men rett og slett seksuelle følelser etter hvert. Da hun kom på den siste konsultasjonen. Men jeg ville prøvd i forkant da å stoppe det – hele tiden...»*

Det at pasienten var så vidt «utspekulert» gjorde at enkelte av allmennlegene mente at en måtte ha forståelse for legens vanskeligheter med å sette grenser. En av allmennlegene uttalte at *«Sannsynligvis har hun i hans øyne vært så seksuelt tiltrekkende, under den siste konsultasjonen så klarte hun å overtale han»*. En av de andre deltakerne i allmennlegegruppa hevdet at *«Burde han ikke være sterk nok til å si nei? Hvordan kan han?»*

Pasientens manipulerende sider ble fremholdt under allmennlegenes diskusjon rundt pasientens psykiske lidelse, og det ble sagt *«Men det er det der som gjør det vanskelig for meg å tenke at hun var så manipulerende at det må man nesten forstå. Hun hadde manipulert alle! (..)»*

Allmennlegegruppa diskuterte det faktum at pasienten hadde vært svært pågående for å få legen *«på kroken»*. Det ble hevdet at legen hadde gjort jobben sin gjennom en periode med et stort press fra kvinnen, men at han hadde latt seg friste helt på slutten, og at det burde vektlegges når en skulle vurdere en administrativ reaksjon mot han i en tilsynssak.

En annen i allmennlegegruppen hevdet: *«Ja, men det er det jeg tenker som er litt sånn moralsk og etisk spørsmål for meg. Om det er egenskaper hos pasienten som på en måte avgjør om legen gjør noe galt eller ikke, eller om det er handlingen til legen? Skjønner du forskjellen? Og det blir litt vanskelig for meg når vi skal trekke inn pasienten... Det er ikke likeverdig»*.

Moderatoren stilte spørsmål til allmennlegegruppa om gruppen oppfattet at psykiatere bør være særlig aktsomme i forhold til å forhindre at det oppstår private relasjoner mellom legen og pasienten. Det ble da hevdet at det også var mye psykiatri i allmennpraksis og at pasienter med psykiske lidelser noen ganger er dominerende i enkelte fastlegepraksiser. Det ble hevdet at det burde være lik grense for alle leger, og at en alltid burde være bevisst i forhold til overføring og motoverføringsmekanismer i en behandlerrelasjon.

3.3.2 Betydningen av pasientens diagnose

Sykehuselegene var svært opptatt av pasientens personlighetsforstyrrelse, på hvilket tidspunkt denne diagnosen ble stilt og hvem som hadde stilt diagnosen. Sykehuslegene diskuterte at alle leger bør vite at pasienter med personlighetsforstyrrelser er særlig sårbare, og at legen i slike situasjoner må være særlig forsiktige med å bryte den profesjonelle relasjonen. Det ble vektlagt at pasienter med ustabile personlighetsforstyrrelser er sårbare for avvisning, og at det derfor er viktig at profesjonelle grenser ikke overskrides. Det ble hevdet av en av sykehuslegene at en personlighetsforstyrrelse nettopp gjør at pasienten kan få grenseoverskridende adferd og innbille seg at hun er forelsket i legen. Det ble videre sagt at leger nettopp derfor, må være spesielt oppmerksom på tegn til at slike følelser oppstår.

I gruppen med allmennleger ble det sagt at det hviler et ekstra ansvar på legen dersom pasienten har en psykisk sykdom med angst og depresjon eller en personlighetsforstyrrelse. Det ble vektlagt at det kan virke skjerpene å innlede et intimt forhold til en pasient som psykisk er langt nede. Det ble også diskutert at pasienter med personlighetsforstyrrelser ofte har en appellerende adferd som kan sette legen på prøve. Det ble hevdet at dette også kan gjelde i sykehusavdelinger der slike pasienter kan være flinke til å sette personell opp mot hverandre.

En av allmennlegene hevdet «*Samtidig er det lettere å bli manipulert også, av en som har en emosjonell, ustabil personlighetsforstyrrelse, sånn som her.*» En annen i gruppen hevdet videre: «*Men å la det ha effekt. Jeg syns det er, for meg, er liksom et kvantesprang. Å bli manipulert til kanskje å skrive ut noe eller henvise ()*» Den ble da hevdet at legen etter en stund måtte sette et stopp, og særlig i tilfeller der pasienten har en psykisk lidelse.

3.3.3 Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding

Under diskusjon av denne kasuistikken ble ikke betydningen av tidsrelasjoner diskutert spesifikt i de to fokusgruppene. I kasuistikken er det korte relasjoner fra lege og pasient blir kjent til det ble innledet et intimt forhold. Kort tid etter dette, blir forholdet gjort kjent for tilsynsmyndighetene og saken blir anmeldt til politiet.

3.3.4 Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen

Betydningen av trusler

I sykehuslegegruppen ble det ikke sett på som en formildende faktor at pasienten presset legen for penger, da det ble vurdert at utpressingen var en egen sak og i første rekke kunne gjenspeile pasientens psykiske tilstand. Sykehuslegene mente derfor ikke at dette skulle vektlegges.

Allmennlegene kom ikke spesifikt inn på denne faktoren under diskusjon av denne kasuistikken.

Betydningen av «dobbeltraff»

Temaet rundt såkalt «dobbeltraff» ble berørt. Begrepet er her ment om tilfeller der en lege både mister autorisasjonen som helsepersonell etter vedtak i Statens helsetilsyn og parallelt blir dømt i rettssystemet og får en rettskraftig dom som for eksempel innebærer fengselsstraff og/eller bot. Ingen av legene hadde noen spesielle bemerkninger til denne praksisen i Norge.

3.3.5 Vurdering av konsekvensene for den involverte legen

Gruppen med sykehusleger konkludert med i at denne saken var svært alvorlig og at legen burde mistet autorisasjonen etter hendelsen. Det ble i begrunnelsen for dette standpunktet sett på som svært skjerpende at pasienten hadde en alvorlig personlighetsforstyrrelse i tillegg til angst og depresjon.

I gruppen med allmennleger var det mer varierende hva som ble ansett som en passende reaksjon overfor legen. Momentet rundt læringsaspektet ble trukket fram og en av legene sa: *«Jeg synes ikke han fortjener noen reaksjon....Dette har han lært av. Det er ikke nødvendig å gi han en advarsel.»* Det ble også vurdert om det var et formildende aspekt at legen hadde lagt seg helt flat. Det ble videre diskutert om det var grunnlag for at han skulle miste autorisasjonen. En av legene hevdet under denne delen av diskusjonen: *«Det er så morsomt, for vi sitter jo her og blir konfrontert med jussen, men vi har jo bare vår moral som ballast som forkludrer vårt syn, for vi bruker jo mye av det i jobb og vi bruker ikke så mye juss.»* En annen av legene hevdet da: *«Ja, sånn er det. Det er derfor jeg synes det er vanskelig å si hva*

slags sanksjon, men at det skal være noe.» Det ble i allmennlegegruppen som helhet konkludert at legen ikke burde miste autorisasjonen på grunn av denne hendelsen.

3.4 Kasuistikk 3: Mannlig allmennlege og sykepleier ved legekantoret som også var hans pasient

3.4.1 Forventninger til legerollen

Begge fokusgruppene uttalte spontant at denne saken ikke var så alvorlig da legen og sykepleieren kjente hverandre som kollegaer f  r de innledet den private relasjonen. Under diskusjonen i gruppen med sykehusleger, ble det etterspurt detaljer rundt den tidligere kollegiale relasjonen mellom pasienten og legen, hvilke lidelser pasienten hadde oppsøkt legen for og hva slags behandlingsrelasjon det egentlig var mellom pasienten og legen. Det ble konkludert med at sykehuslegene la til grunn at legen ikke var å oppfatte som pasientens fastlege. De oppfattet derfor at det ikke var en fast behandlingsrelasjon mellom de to partene da de innledet forholdet.

Allmennlegene diskutert også om forholdet var å betegne som et ordinært lege-pasient-forhold. Det faktum at sykepleieren hadde oppsøkt legen da han hadde legevakt, mente allmennlegegruppen sannsynliggjorde at det forelå et lege-pasient-forhold.

3.4.2 Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding

Diskusjonen rundt tidsaspektet i denne kasuistikken, dreide seg først og fremst om hvor godt legen og sykepleieren kjente hverandre fra tidligere. Det ble hevdet *«Men de har jo jobbet sammen i mange år og kjent hverandre lenge.»* Det ble vektlagt i begge fokusgruppene at de to hadde kjent hverandre både som kollegaer ved samme legekantor og som venner i en liten bygd.

Det ble under samtalen i sykehuslegegruppen fokusert på at legen og sykepleieren hadde vært samboere i mange år, og det ble stilt spørsmål hvorfor den ene parten meldte fra til fylkeslegen først når forholdet tok slutt og det hadde gått flere år siden de ble samboere. Det ble drøftet at det kunne være at legen ikke hadde vært *”så grei med sin samboer”*, og at dette var årsaken til at kvinnen som en slags hevn meldte legen til fylkeslegen.

I allmennlegegruppen ble det diskutert at legen hadde fått tilgang til informasjon om det pågående samlivsbruddet da kvinnen oppsøkte han på legekontoret, og at dette sannsynligvis var årsaken til at hun senere hadde meldt han til tilsynsmyndighetene.

En av allmennlegene hevdet: *«Det som jeg syns er mest alvorlig som han kan tas for, det er at han dro hjem til henne med en flaske vin kort tid etter et besøk, en lege-pasient-relasjon.»*.

Allmennlegene diskuterte hvorvidt dette besøket kunne ha trigget at legen dro hjem til kvinnen og at dette førte til at de innledet et privat forhold.

3.4.3 Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen

Betydningen av hvem som tok initiativet

Sykehuslegegruppen synes å være samlet rundt at det var uten betydning om det var pasienten eller legen som tok initiativet til den private relasjonen. Det ble poengtert at det uansett var legen som hadde det formelle ansvaret for å hindre at et slikt forhold utviklet seg.

Blant allmennlegene kom ikke dette like tydelig fram under diskusjonen. I oppsummeringen etter at de fire kasuistikkene var diskutert og avgjørelsene fra Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd ble lagt fram, ble det bemerket av en av allmennlegene at det ble gitt den minst alvorlige reaksjonen i den kasuistikken der det var åpenbart at det var legen som hadde tatt initiativ ved å oppsøke kvinnen hjemme med en flaske vin.

Betydningen av utfordringer i en liten bygd

I begge gruppene ble det diskutert at det er spesielle utfordringer i en liten bygd der *«alle kjenner alle»* og utvalget av potensielle kjærester og ektefeller er begrenset. Det kom i begge fokusgruppeintervjuene fram at det i en liten bygd kan oppstå situasjoner der en lege også behandler sine venner og kollegaer, og noen av legene mente at dette vanskelig kan unngås helt, dersom det dreier seg om et lite sted med små forhold i lokalmiljøet. I små bygder må i så fall legen ut av bygda for å skaffe seg en partner.

En av legene i sykehuslegegruppen hevdet han hadde fått råd av kommunelegen da han var i distrikturnus i sin tid, at dersom han forelsket seg i en av pasientene i bygda, måtte han sørge for aldri å skille seg fra henne!

3.4.4 Vurdering av konsekvensene for den involverte legen

Det ble umiddelbart hevdet av deltakerne i gruppen med sykehusleger at denne saken ikke var så alvorlig. Begrunnelsen for dette var at legen og sykepleieren kjente hverandre som kollegaer før de innledet den private relasjonen. Det ble etterspurt noen konkrete sider ved pasientforholdet som moderatoren svarte på, og deltakerne la i det videre intervjuet til grunn at legen ikke var å oppfatte som pasientens fastlege. Det var enighet i gruppen med sykehusleger at legen kunne ha opptrådd mere ryddig i denne saken, men at han ikke burde bli fratatt autorisasjonen. Enkelte av sykehuslegene mente at han burde få en advarsel og at en advarsel ville være en tilstrekkelig reaksjon.

Blant allmennlegene ble det umiddelbart hevdet: *«Her er det ikke gjort noe galt. Her er det ikke gjort noe som helst galt.»* Det ble sagt at *«bygda er bygda»* og at denne hendelsen er innenfor det akseptable. Det ble deretter påpekt av en av legene at saken jo var vurdert av fylkeslegen og oversendt til Statens helsetilsyn. Det ble deretter hevdet at legen burde få kritikk, men ikke en advarsel. Det fulgte deretter en diskusjon med en del spørsmål til moderatoren om hvordan saksgangen er i slike saker, inkluderte hvordan sakene behandles hos fylkeslegen og eventuelt videre behandling i Statens helsetilsyn.

3.5 Kasuistikk 4: Kvinnelig psykiater og kvinnelig pasient

3.5.1 Forventninger til legerollen

I gruppen med sykehusleger ble det etterspurt om pasienten selv hadde uttalt seg om sitt forhold til den kvinnelige psykiateren, idet saken jo var kommet opp etter at arbeidsgiver meldte saken. Det ble av noen av deltakere hevdet at det var uten betydning hva pasienten mente, da saken primært handlet om psykiaterens opptreden, og pasienten dermed ikke var direkte part i saken. Det ble videre hevdet at det kanskje var første gang de begge erkjente at de hadde en lesbisk legning, og at forholdet kunne ha vært en positiv opplevelse for begge parter, og at pasienten kanskje ikke ønsket at det skulle opprettes en tilsynssak.

Det ble i begge gruppene diskutert at psykiateren hadde oppfattet det som problematisk å innlede et forhold til en pasient, og at hun derfor hadde diskutert dette temaet med kollegaer på arbeidsplassen. Dette valget syns flere av deltakerne var en god strategi når det oppstod

private følelser. Det ble samtidig sagt at en slik diskusjon med kollegaer burde ha medført at psykiateren hadde blitt mer bevisst sitt ansvar for nettopp ikke å innlede en intim relasjon til en pasient.

En av deltakerne i sykehuslegegruppen tok opp det forholdet at psykiateren var utdannet i et annet land, og at psykiateren av denne grunn sannsynligvis ikke kjente til hvilken praksis tilsynsmyndighetene hadde i Norge. En av legene sa at det uansett var psykiaterens plikt å være oppdatert på reglene i det landet hun jobber. Det ble videre sagt at psykiatere, uavhengig av hvilket land man er utdannet eller jobber i, må være kjent med at en som psykiater ikke må la den profesjonelle rollen som lege og psykiater, få utvikle seg til en privat relasjon der en blir kjæreste med en pasient. Det ble hevdet at en psykiater uansett må vite at det ikke er forenlig med legerollen, å innlede et forhold til en pasient kort tid etter at behandlingen ved en psykiatrisk poliklinikk er avsluttet.

I allmennlegegruppen ble det poengtert at det var en stor makt-ubalanse mellom pasienten og den kvinnelige psykiateren. En av allmennlegene sa: *«En psykiatrisk institusjon og så følges på poliklinikken og da skal du ikke bli utsatt for dette her»*. En annen repliserte da *«Men skal man forlange det av kollegaer at de ikke skal forelske seg?»*. En tredje lege sa da i en spøkefull tone: *«Men det er flere appelsiner i kassen!»*.

Det ble videre diskutert at det var mulig å styre unna situasjoner der en står i fare for å innlede et forhold til pasienter, og at en måte å forsøke å løse dette på ville vært å si *«Hei, hei på gaten. Hyggelig å treffe deg. Kaffe? Nei takk, jeg har ikke tid.»*

En annen av allmennlegene hevdet videre at *«Men på den annen side skjønner jeg jo dersom det blir veldig kjærlighet da.»*. *«Kanskje man som psykiater er naiv og tror på kjærligheten?»*

En av allmennlegene sa avslutningsvis under diskusjonen av denne kasuistikken: *«Men det er jo ugreit, dette her er jo ugreit. Jeg prøver å se deg for meg i hodet liksom, at du har en innlagt pasient, fortsetter poliklinisk og så ser du på som likeverdig og innleder et likeverdig forhold liksom, og tror på det.»*

3.5.2 Betydning av pasientens diagnose

Gruppen med sykehusleger hevdet at pasienter med alvorlige depresjon og som har suicidale tanker, er en svært sårbar pasientgruppe som trenger tydelige rolleavklaringer. Det ble

vektlagt at den aktuelle pasienten hadde vært alvorlig syk, selv om hun tilsynelatende var blitt frisk igjen og legen oppfattet dem som likeverdige partnere. Sykehuslegene mente at den kvinnelige psykiateren burde ha forstått hvor sårbar pasienten var etter en nylig gjennomgått alvorlig depresjon med sykehusinnleggelse.

Allmennlegene var også opptatt av at pasienten ikke nødvendigvis var blitt helt frisk, etter at behandlingen ved psykiatrisk poliklinikk var avsluttet. I forbindelse med diskusjon av denne kasuistikken i allmennlegegruppa, ble det satt spørsmålstegn rundt pasientens diagnose der det var anført at hun var behandlet for en alvorlig depresjon med suicidale trekk. Det ble hevdet: *«Men suicidale tanker er det jo veldig mange som har. Det behøver jo ikke nødvendigvis bety at hun er veldig suicidal. Det har jeg skjønt etter å ha diskutert sånne suicidale pasienter med DPSen hos oss. Og det er jo ikke uvanlig at pasienter har suicidale tanker.»* Det ble diskutert at pasienten var behandlet for en alvorlig depresjon, men at hun var blitt bedre og derfor neppe hadde en alvorlig depresjon på det tidspunktet da den kvinnelige psykiateren og den kvinnelige pasienten møtte hverandre tilfeldig på gaten. Det var imidlertid enighet i allmennlegegruppen om at depresjonen opprinnelig måtte ha vært alvorlig, siden pasienten hadde vært innlagt i psykiatrisk sykehus over en lengre periode. Det ble videre hevdet at en psykiatrisk pasient ikke nødvendigvis umiddelbart forblir helt frisk, selv etter at en behandling er avsluttet. Det ble sagt: *«Men utfallet av ethvert forhold kan havarere, og det vil jo være sten til byrden hvis behandleren din til slutt blir motparten din i et forhold.»*

Allmennlegene diskuterte en tenkt situasjon der en pasient hadde oppsøkt sin nye fastlege for en flis i fingeren, og der det umiddelbart oppstod sterke følelser mellom de to. Det ble da hevdet at det måtte være greit i en slik situasjon at en raskt fikk pasienten strøket fra fastlegelisten, og at legen deretter kunne innlede et intimt forhold til pasienten.

3.5.3 Formildende/skjerpende faktorer ved relasjonen

Det ble ikke nevnt noen spesielle faktorer av formildende eller skjerpende karakter under diskusjonen av denne kasuistikken.

3.5.4 Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding

En av sykehuslegene mente det var formildende i denne kasuistikken at lege-pasient-forholdet formelt var avsluttet da det private forholdet ble innledet. En av sykehuslegene sa at når en

lege har fulgt en pasient ved psykiatrisk poliklinikk med konsultasjoner for eksempel en gang per uke i et halvt år, oppleves dette vanligvis som en tett behandlingsrelasjon. I dette tilfellet var det imidlertid klart både for pasienten og legen, at selve behandlingsrelasjonen var endelig avsluttet da de to tilfeldig møtte hverandre på gaten.

I allmennlegegruppa ble det først hevdet at det ikke hadde skjedd noe klanderverdig i denne situasjonen, da forholdet mellom legen og pasienten var avsluttet da de to traff hverandre på gaten. Det ble deretter problematisert at det hadde gått så kort tid fra det forelå en behandlingsrelasjon til de ble kjærester. Allmennlegegruppen diskuterte at selv om behandlingsrelasjonen var avsluttet, kunne pasienten likevel på nytt bli deprimert. Det ble hevdet at: *«En psykiater vet jo om tilbakefallsmuligheter og det er jo ikke sånn at – hups, nei der er jeg ikke deprimert lenger.»*

Allmennlegegruppen diskutert hvorvidt det foreligger en karenstid på to år, fra en behandlingsrelasjon blir avsluttet til det er akseptabelt å innlede et privat forhold. Det ble vektlagt at det i denne kasuistikken hadde gått svært kort tid fra den profesjonelle relasjonen var avsluttet, og at pasienten sannsynligvis fortsatt hadde et positivt og vedvarende avhengighetsforhold overfor psykiateren. En av legene mente det uansett burde gå minst et par år før en innledet et forhold til en tidligere pasient, og at det var skjerpene når det var innen psykiatri.

3.5.5 Vurdering av konsekvensene for den involverte legen

Ved diskusjon blant sykehuslegene ble det først sagt at denne kasuistikken var verre enn den forrige. Begrunnelsen for dette standpunktet i gruppen var at det dreide seg om en psykiater som måtte vite at det ikke var greit å innlede et forhold til en pasient kort tid etter at behandlingen på psykiatrisk poliklinikk ble avsluttet. Det ble også nevnt at denne pasienten var svært sårbar på grunn av sin alvorlige depresjon med suicidale tanker.

Det var flere av deltakere i fokusgruppen med sykehusleger som synes at det var opplagt at psykiateren burde miste sin autorisasjon i denne saken. Begrunnelsen for dette standpunktet var at en psykiater må som pasientens tidligere behandler, vite at en kan påføre pasienten stor skade ved å inngå et privat forhold. Det ble deretter etterspurt om det var sånn at man mistet autorisasjonen for godt, eller om det var mulig å få autorisasjonen tilbake etter en viss tid. Moderatoren redegjorde for grunnlaget for slike vedtak og muligheten for å søke om å en

begrenset autorisasjonen etter en viss minimumstid, der det også var godtgjort at legen hadde gjennomført terapi og bearbeidet sin overtredelse av den profesjonelle rollen som lege.

I gruppen med allmennleger ble det raskt hevdet av en av legene: *«Jeg syns denne er grovere fordi det er en psykiater overfor en pasient som har vært suicidal. Det er en veldig forskjell i maktbalansen.»* En annen av legene mente imidlertid at legen ikke hadde gjort noe galt, fordi lege-pasient-forholdet var avsluttet. Saken ble diskutert litt fram og tilbake og en av legene sa deretter: *«Men det er jo ugreit, dette her er jo ugreit. Jeg prøver å se deg for meg i hodet liksom, at du har en innlagt pasient, fortsetter poliklinisk og så ser du på som likeverdig og innleder et likeverdig forhold liksom, og tror på det.»*. Allmennlegegruppen som helhet var enig at det var en alvorlig sak, men det ble ikke entydig sagt hva som ville være en passende reaksjon overfor psykiateren.

3.6 Generelle betraktninger

Under fokusgruppeintervjuene kom det fram noen momenter av mer generell karakter som ikke egnet seg for klassifisering under de fire kasuistikkene. Disse momentene har jeg derfor kort omtalt i dette punktet.

3.6.1 Opplæring om legerollen og rollesammenblanding

For å komme i gang med en åpen diskusjon under de to fokusgruppeintervjuene, spurte jeg innledningsvis om noen kunne huske når de hadde hatt undervisning om legerollen, og hva som lå i begrepet profesjonalitet i forhold til å innlede et privat forhold til en pasient. Ingen av legene hadde noen helt klar oppfatning av når denne opplæringen var blitt gitt, men alle legene mente at det måtte ha vært undervisning om dette temaet tidlig i studiet og sannsynligvis i forbindelse med undervisning i etikk. Enkelte av legene var sikre på at ved noen av studiestedene var dette temaet diskutert i forbindelse med undervisning i medisinske atferdsfag. Ingen av sykehuslegene mente at de hadde lært noe om dette temaet under legeforeningens kurs i forbindelse med spesialiseringen. Sykehuslegene mente de heller ikke ellers hadde deltatt i noen form for temaundervisning om dette i løpet av sin yrkeskarriere.

I allmennlegegruppen var det noen av legene som mente at de hadde hatt undervisning om temaet rollesammenblanding i forbindelse med et av de obligatoriske kursene for spesialiteten

i allmennmedisin. Det var imidlertid ingen av legene som hevdet at det var et tema som var blitt viet særlig mye oppmerksomhet i løpet av legekarrieren.

3.6.2 Henvisningspraksis

Når det gjaldt henvisningspraksis av egen ektefelle ble det i begge gruppene hevdet at dette var en vanlig praksis, og at en lege kunne henvise sin ektefelle for så vel somatiske som psykiske plager. Det ble ikke sett som mer upassende å henvise ektefelle til behandling innen psykisk helsevern enn for en somatisk lidelse. Det var bevissthet i allmennlegegruppen rundt NAVs restriksjoner og de generelle etiske bestemmelsene som hindret refusjon av legemidler etter blåresept-ordningen, utstedelse av legeerklæringer og refusjon for spesielle takster slik som injeksjonsbehandling til familiemedlemmer. Utover dette var det flere av allmennlegene som oppga at de hadde sine ektefeller og/eller barn på sine fastlegelister.

3.6.3 Kunnskap om behandling av tilsynssaker

Det kom fram under fokusgruppeintervjuene at legene var relativt ukjente med hvordan tilsynssaker blir behandlet, både i første instans hos Fylkesmannen og ved avgjørelser i Statens helsetilsyn. Der det var naturlig under fokusgruppeintervjuene, tok derfor moderatoren opp hva som er praksis ved vanlig saksbehandling i tilsynssaker, prinsipper for kontradiksjon, klageadgang etc. Flere av legene var klar at det skal mye til før et helsepersonell mister sin autorisasjon på grunn av uforsvarlig behandling av enkeltpasienter. Enkelte av legene var kjent med at helsepersonell hvert år mister sin autorisasjon blant annet på grunn av rusmisbruk.

4 Diskusjon

4.1 Metoderefleksjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å utforske legers oppfatninger i tilsynssaker hvor en lege som har eller har hatt en rolle som profesjonell behandler for en pasient, utvikler en privat og intim relasjon til pasienten, og om legers oppfatninger er sammenfallende med, eller avvikende fra den faglige normen som Statens helsetilsynet legger til grunn, når de vurderer autorisasjonstap i slike tilsynssaker.

4.1.1 Refleksivitet og validitet

Utgangspunkt da jeg startet med dette prosjektet, var at jeg oppfattet meg selv som en ganske gjennomsnittlig lege i forhold til refleksjoner rundt tilsynssaker som omhandler rollesammenblanding. Jeg antok at heller ikke alle andre leger, hadde et bevisst og reflektert forhold til denne spesifikke problemstillingen. Samtidig antok jeg at legegruppene jeg skulle intervju, kunne bidra inn i diskusjonen med å avklare normoppfatningen, nettopp fordi legerollen i seg selv, og legers etiske regler, er normgivende på et generelt og grunnleggende plan.

Utgangspunkt var altså en erkjennelse om en ny problemstilling som omhandlet rollesammenblanding og autorisasjonstap. Jeg var bevisst på at det at jeg arbeider i Statens helsetilsyn, kunne medføre at det vil kunne bli utfordrende å få helsepersonell til å diskutere temaet åpent. Som representant for tilsynsmyndigheten vil det være en fare for at jeg ikke ble oppfattet som en objektiv og nøytral forsker. I dette vil det ligge en risiko for at informantene preges av min rolle som representant for tilsynsmyndigheten, og av denne grunne ikke ville tørre å komme med ærlige og spontane synspunkter, men at de i stedet ville forsøke å svare på en måte som er sammenfallende med det de tror er tilsynsmyndigheten holdning i slike saker.

Under fokusgruppeintervjuene oppfattet jeg at min rolle som tilsynsfører i liten grad ble vektlagt. Det kom fram en del spørsmål om behandlingen av tilsynssaker hos Fylkesmannen og i Statens helsetilsyn, men utover dette var det lite fokus på normoppfatningen som Helsetilsynet legger til grunn i slike saker.

Begge fokusgruppene bestod av leger om kjente hverandre fra tidligere, og dette medførte at det oppstod en trygg atmosfære som var preget av åpenhet og ordvekslinger der deltakerne utfordret hverandre. Diskusjon var også preget av humor, selvinnsikt og anekdoter. På et individplan virket deltakerne gjennomgående trygge på seg selv. Fellesskapet gjorde samtidig at det ikke framstod verken som upassende eller farlig å fremføre sine synspunkter, også der synspunktene ikke var endelig gjennomtenkte etter grundig refleksjon.

Når en diskuterer til dels tabubelagte temaer og dertil redegjør for så personlige refleksjoner, vil det likevel være slik at en ikke vil få fram alle intervjuobjektens mest personlige betraktninger. Det er alltid individuelt hvor lett den enkelte deltaker synes det er å legge fram sine synspunkter i en gruppe. Det vil også være ulikt hvilke grenser det enkelte intervjuobjekt har for hvor personlige en vil være i et slikt forum som en fokusgruppe representerer. Dertil er det selvsagt ulikt hvor aktive de forskjellige deltakerne er i en slik gruppediskusjon.

Min erfaring etter å ha gjennomført fokusgruppeintervjuene, var at legene var usedvanlig åpenhjertelig og delte både sine personlige erfaringer og refleksjoner med gruppen. I en slik gruppesamtale der alle også utfordres til å uttale seg om hva en mener vil være en passende reaksjonsform, vil utsagnene til en viss grad være preget av et ønske om å komme fram til en felles konklusjon i gruppen. Dette bar diskusjonen under de ulike kasuistikkene til en viss grad preg av, men gruppene «tålte» også at synspunktene var sprikende i forhold til hva en anså som en passende reaksjonsform når en lege hadde innledet et intimt forhold til en pasient. Begge gruppene håndterte på en god og saklig måte når diskusjonen åpenbart viste at deltakerne var uenige. Enkelte av deltakerne hadde en tilbaketrukket rolle og kom i begrenset grad med sine ytringer, men dette gjaldt bare et lite mindretall.

Under det første fokusgruppeintervjuet fikk jeg vanskeligheter med selve lydopptaket av samtalen, og har derfor ikke et komplett transkribert manus fra denne samtalen. Dette ble imidlertid kompensert ved umiddelbart å lage et referat fra fokusgruppeintervjuet som ble sendt til alle deltakerne for kommentarer. Dette var selvsagt ikke ideelt, og avviker fra den opprinnelige planen for gjennomføring og transkribering. Imidlertid mener jeg at de viktigste momentene som kom fram i samtalen under det første fokusgruppeintervjuet, er tatt med i de meningsbærende elementene og gjenspeiles i de temaene som oppgaven omhandler.

Jeg mener derfor det er belegg for å hevde at fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på en måte som bidro til at svarene var gyldige i forhold til problemstillingen. Med andre ord betyr

dette at det fremkomne datamaterialet har vært godt nok for formålet med prosjektet mitt, og at den interne validiteten vurderes som tilfredsstillende.

4.1.2 Overførbarhet

Når det gjelder å vurdere hvorvidt funnene er overførbare til å kunne gi et bilde på hvordan leger generelt vurderer normen i slike tilsynssaker, mener jeg utvalget representerer bredde med hensyn til norske leger. Jeg vil derfor hevde at den eksterne validiteten er slik at en ut i fra funnene kan hevde at leger generelt mener de har lært lite om temaet rollesammenblanding under utdanningen og senere i yrkeslivet. Ut i fra funnene synes det som leger generelt er opptatt av å ha en profesjonell rolle overfor sine pasienter og ikke utnytte legerollen til å oppnå intim kontakt med sine pasienter. Videre mener jeg det er belegg for å hevde at leger i liten grad er innforstått med den risikoen de løper i forhold til autorisasjonstap dersom de innleder en slik privat relasjon til en av sine pasienter.

Når det gjelder de resultatene der det er ulik oppfatning mellom gruppen av sykehusleger og allmennleger, er det ikke grunnlag for å generalisere funnene til å gjelde leger helt generelt. Utvalget er også lite, da det bare ble arrangert to fokusgruppeintervjuer. Under et fokusgruppeintervju, vil det være en risiko for at det oppstår en større eller mindre grad av konsensusdannelse, der en eller flere av deltakerne nærmest er premissleverandører for hva gruppen som helhet skal mene. I en slik situasjon kan det være vanskelig å fremme viktige momenter fordi det legges lokk på diskusjonene. Gruppedynamikken vil også være avgjørende for om ulike standpunkter fremmes, eller om de ulike deltakerne i stedet legger bånd på en åpen diskusjon.

Malterud (2011) beskriver dette fenomenet i sin bok «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» på side 183: *«Da kan en konsensusvurdering innebære at kunnskap (..) i det samme materialet bli oversett, og at studien dermed får lav gyldighet (..). For det andre kan bred enighet bety at det man har kommet fram til, stemmer så godt med eksisterende kunnskap at prosjektet ikke bringer noe nytt. Kontroverser kan være indikasjoner på kunnskap som utfordrer gamle sannheter.»*

På denne bakgrunnen vil jeg være forsiktig med å trekke for bastante slutninger for hva som er overførbart til leger generelt, særlig der funnene antyder forskjeller i oppfatningen mellom allmennleger og sykehusleger. Det at diskusjonen i begge fokusgruppene var så frie og

deltakerne generelt fremstod som trygge, gjør at jeg likevel mener det er belegg for å påpeke enkelte forskjeller i oppfatningen til sykehusleger og allmennleger. På denne bakgrunnen vil jeg også hevde at funnene totalt sett kan bidra til at de kan anvendes på en større gruppe av leger.

Jeg har i oppgaven kun intervjuet leger og ikke annet helsepersonell. Hvorvidt resultatene er overførbare til også å gjelde annet helsepersonell, er jeg mer usikker på. Det er mange trekk som er spesielle i et lege-pasient-forhold, og som ikke er direkte overførbart til relasjoner mellom pasienter og annet helsepersonell. På den andre siden er det mange likhetstrekk mellom alt helsepersonell når det gjelder opprettholdelse av en profesjonell relasjon til pasienten. Jeg vil derfor tro at de generelle betraktningene rundt formidlende faktorer, tidsmessige forhold og manglende kunnskap om risikoen for autorisasjonstap, kan være felles for ulike grupper av helsepersonell, slik som for eksempel sykepleiere.

4.2 Hovedfunn

I resultatdelen har jeg redegjort for de momentene som kom fram under de to fokusgruppeintervjuene, relatert til diskusjonene av de fire kasuistikkene. Under dette punktet fremheves de synspunktene som særlig belyser temaet i oppgaven. Hovedfunnene er her framstilt uavhengig av hvilken kasuistikk som ble diskutert. Der det er klare forskjeller mellom de to gruppene av leger, er dette spesifisert.

Hovedfunnene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det var en uttalt bevissthet blant allmennleger og sykehusleger om at det ikke er god yrkesetikk å misbruke sin stilling til å innlede et seksualisert forhold til en pasient en har vært lege for
- Sykehuslegene syntes i større grad enn allmennlegene, å vektlegge pasientens diagnose som årsak til manipulerende adferd hos pasientene. Allmennlegene uttalte at også pasientene har et selvstendig ansvar for å forhindre at slike forhold oppstår
- Når det gjaldt tidsmessige forhold ved rollesammenblanding, var det usikkerhet blant legene om det forelå en karenstid fra det formelle lege-pasient-forholdet var avsluttet til det var akseptabelt å innlede et intimt forhold til en pasient. Legene vektla ikke som

formildende faktor at det hadde gått lang tid fra det private forholdet til pasienten var avsluttet, og til saken ble kjent for tilsynsmyndighetene

- Allmennlegene fokuserte på om det ved innledningen av et intimt forhold mellom lege og pasient, kunne foreligge formildende faktorer som burde vektlegges når en skulle avgjøre den tilsynsmessige konsekvensen av rollesammenblanding. Sykehuslegene syntes i mindre grad å være grad opptatt av slike formildende faktorer, da de i større grad vektla legens absolutte ansvar for å forhindre at det oppstod en privat og seksualisert relasjon
- I gruppen med sykehusleger ble det hevdet at psykiatere har et spesielt ansvar for å unngå at private relasjoner oppstår. Gruppen med allmennleger syntes ikke i samme grad å mene at psykiatere må være spesielt aktsomme, da allmennleger også behandler svært mange pasienter med psykisk sykdom
- Få av legene i fokusgruppeintervjuene var kjent med at Statens helsetilsyn fratar leger autorisasjonen i tilsynssaker der leger utnytter sin rolle til å innlede et intimt forhold til en av sine pasienter
- Legene kunne i liten grad huske at de hadde hatt spesifikk opplæring i studietiden om rollesammenblanding. Det var varierende hvorvidt legene hadde lært om dette senere i yrkeskarrieren

4.3 Legers bevissthet rundt legerollen

4.3.1 Legerollen og rollesammenblanding

Alle leger får gjennom medisinerutdanningen en grunnleggende opplæring i legerollen. Rolleforståelsen utvikler seg både i løpet av utdanningen, turnustjenesten og senere gjennom yrkeserfaringen. Forståelse av pasienters sårbarhet og den skjeve maktbalansen mellom helsepersonell og pasienter, er en helt grunnleggende del av denne rolleforståelsen. Det er illustrerende når en av legene i et av fokusgruppeintervjuene uttalte da det ble spurt når legene hadde lært om plikten til å unngå å innlede et intimt forhold til en pasient: «*Det er jo bare noe man vet!*». Prinsippet om at en skal opprettholde en profesjonell relasjon til sine pasienter, har vært et grunnleggende trekk ved legerollen helt tilbake til Hippokrates sin tid, og er også

en del av lege-eden. Dette kravet til legerollen er også tydelig stadfestet i etiske regler for leger og i helsepersonelloven. Disse ytre rammene vil sammen bidra til å prege legers oppfatning i forhold til hva en profesjonell behandlerrelasjon faktisk innebærer.

Det er på denne bakgrunnen ikke overraskende at legene i fokusgruppeintervjuene oppfattet at det ikke er i tråd med god praksis å innlede et privat forhold til en pasient. Denne holdningen synes å ligge som et generelt fundament for diskusjonene rundt de ulike kasuistikkene der andre faktorer også ble vurdert og vektlagt. Det kom altså ikke fram holdninger som tydet på at legene oppfattet at det var uproblematisk å forelske seg og innlede et intimt forhold til en pasient. Det var imidlertid litt ulikt hvor streng reaksjon legene mente den involverte legen burde få i ulike tilsynssaker, representert ved de fire kasuistikkene. Noen av legene hevdet at en advarsel kunne være tilstrekkelig reaksjon i tilsynssaker der Statens helsetilsyn konkluderte med tilbakekalling av autorisasjonen til den involverte legen.

Statens helsetilsyns oppfatning er at en lege må være klar over den åpenbare maktubalansen det er i et forhold mellom en lege og en pasient. Det blir i avslutningsbrev i slike tilsynssaker påpekt at behandlingsrelasjoner innebærer en forpliktelse for helsepersonellet til å vise respekt for pasientens rettigheter, verdighet og integritet. Statens helsetilsyn har i slike saker uttalt: *«Pasienten er i et avhengighetsforhold til sin behandler, og helsepersonellet kommer derfor i en maktposisjon ovenfor pasienten. Dette skaper en spesiell form for sårbarhet og avhengighet som helsepersonell ikke må nyttiggjøre seg til egne, personlige formål, uavhengig av om pasienten ønsker det eller ikke. Dersom helsepersonell utnytter en slik posisjon ved å privatisere eller seksualisere forholdet, er det et grovt tillitsbrudd og et svik mot pasienten. Statens helsetilsyn påpeker også at legeforeningens etiske regler uttrykkelig sier at en lege ikke må innlede et seksuelt forhold til en person som vedkommende er lege for.»*

Ut i fra kartleggingen synes det å være en rimelig overensstemmelse mellom hovedtrekkene i de holdningene som kom fram ved samtalene i fokusgruppene, og den oppfatningen av legerollen som Statens helsetilsyn legger til grunn i saker som omhandler rollesammenblanding. I enkelte av kasuistikkene mente noen av legene i fokusgruppene at tilbakekall av autorisasjonen var en unødvendig streng reaksjon, mens Statens helsetilsyn kom til at vilkårene for tilbakekall av autorisasjonen var til stede.

4.3.2 Brudd mot normen

Leger synes å ha et grunnleggende syn om at et lege-pasient-forhold ikke skal utvikle seg til et intimt forhold. Likevel var det flere av deltakerne som kjente til leger som hadde innledet et ”kjærlighetsforhold” til en av sine pasienter, og der det private forholdet ikke hadde endt opp som tilsynssak, men der de to fortsatt levde sammen i et stabilt parforhold. Dersom en lege og en pasient innleder et forhold og fortsetter å leve sammen og være kjærester, samboere eller ektefeller, vil det jo aldri bli en tilsynssak med mindre en av partene, eventuelt noen utenfor, melder fra om forholdet. Det finnes ikke noe tallmateriale som viser hvor vanlig slike par-relasjoner er, men jeg antar at det eksisterer vedvarende stabile forhold mellom leger og tidligere pasienter. Vissheten om at det eksisterer slike forhold mellom leger og tidligere pasienter, vil sannsynligvis prege diskusjonen til en viss grad.

Rollesammenblanding og innledning av private relasjoner mellom lege og pasient, skjer altså til tross for at det er kjent at legerollen ikke er forenlig med at legen innleder et privat forhold til en pasient. Enkelte leger utsetter altså sine pasienter for en slik grenseoverskridende adferd, samtidig som de ved sin handlemåte risikerer å miste autorisasjonen som helsepersonell. Jeg har tidligere i oppgaven redegjort for at de tilfellene av rollesammenblanding som behandles i Statens helsetilsyn, sannsynligvis bare en liten andel av det totale antall slike saker. De fleste gangene vil det private forholdet mellom lege og pasient aldri ble kjent for tilsynsmyndighetene, og forholdet forblir en hemmelighet. I de tilfellene der tilsynsmyndigheten informeres om at et slikt forhold, skjer dette ofte etter lang tid. Ikke sjelden erkjennes en slik rollesammenblanding først når pasienten oppsøker en ny behandler for å få hjelp til å takle problemene etter et samlivsbrudd med den tidligere behandleren. Andre ganger kan det være arbeidsgiver som avslører at det har vært et intimt forhold mellom en pasient og et helsepersonell ved den aktuelle institusjon.

Jeg har i kapittel 1.4.3 skissert noen mulige årsaker til at rollesammenblanding skjer til tross for at en lege intuitivt vet at det ikke er riktig å bli kjæreste med en pasient. I en litteraturoversikt (Health Professions Regulatory Advisory Council, 2011) pekes det på visse risikofaktorer som går igjen hos leger som har hatt et intimt forhold til en pasient. En lege kan gjennom en lang karriere selv stå i ulike problemer som gjør at vedkommende er mer utsatt for å involvere seg privat i sine pasienter. Dersom en lege ikke selv gjenkjenner noen av de tidlige tegnene på at lege-pasient-forholdet er i ferd med å utvikle seg til en intim relasjon, kan pasienten påføres en betydelig skade ved at legen ikke avslutter relasjonen.

En del av den amerikanske litteraturen som blant annet gjennomgås i den nevnte oversiktsartikkelen, gjenspeiler et syn om at det ikke alltid er etisk problematiske at en lege innleder et forhold til en pasient. Det synes som om man i USA i større grad enn i Norge, skiller mellom forhold som pågår parallelt med at legen fortsatt er behandler, og forhold som innledes etter at lege-pasient-relasjonen er avsluttet. Mitt inntrykk er at amerikanske leger selv vurderer det som en lite alvorlig forseelse å ha et intimt forhold til en pasient der lege-pasient-forholdet er avsluttet noe på forhånd. Det refereres i den nevnte oversiktsartikkelen til at undersøkelser viser at seksuelle relasjoner mellom lege og pasient i noen materialer er svært vanlig. Det refereres blant annet til en undersøkelse av Coverdale (1994) med oversikt over antall leger som rapporterer at de har hatt seksuell kontakt med en pasient etter at behandlerrelasjonen er avsluttet. Studien viste at 60 % av indremedisinere, gynekologer og øyeleger og nesten 50 % av allmennleger rapporterte at de hadde hatt sex med en pasient.

Kan det være at det fortsatt lever en romantisk forestilling om legen som den kjeffe og forførende part, og pasienten som drømmer om å ha et forhold til legen sin? Kan filmer som den Oscarnominerte filmen «Prince of Tides» (Tidevannets fyrste) fra 1991 der psykiateren Susan Lowenstein (Barbara Streisand) innleder et forhold til pasientens bror, Tom Wingo (Nick Nolte), bidra til å legitimere utydelige behandlerroller som akseptable?

Jeg vil ikke spekulere mer inngående over mulige årsaker til dette fenomenet her, men vil gjennomgå resultater fra undersøkelsen og diskutere disse funnene.

4.4 Spørsmål ut i fra hovedfunnene

Jeg har ut i fra hovedfunnene under punkt 4.2. Satt opp følgende spørsmål som jeg vil drøfte nærmere:

- Har pasientens diagnose noen betydning?
- Har pasienten et selvstendig ansvar for å forhindre at lege-pasient-forholdet blir intimt og seksualisert?
- Finnes det formildende faktorer når en lege innleder en privat relasjon til en pasient?
- Har det betydning om rollesammenblandingen involverer en psykiater eller bør det stilles likelydende krav til alle leger?

- Mangler leger kunnskap om eksisterende praksis med at leger kan miste autorisasjonen når et lege-pasient-forhold utvikler seg til et intimt og seksualisert forhold?
- Mangler leger opplæring om legerollen med fokus på rollesammenblanding?

I diskusjonen av funnene i denne oppgaven, har jeg valgt å ta utgangspunkt i normen for tilsynssaker slik jeg kjenner den fra Statens helsetilsyn og slik den fremgår ved vurderingen av de fire kasuistikkene som ble brukt under fokusgruppeintervjuene. Avgjørelser fra Statens helsetilsyn i andre lignende tilsynssaker ligger også til grunn for diskusjonen. Som bakgrunnsinformasjon har jeg også anvendt den litteraturen som er skaffet til veie om temaet. Jeg har videre hatt diskusjoner både med nåværende kollegaer i Statens helsetilsyn og med leger og annet helsepersonell jeg kjenner fra ulike fora. I tillegg har jeg diskutert problemstillingen med gode venner, og har gjennom dette også fått inntrykk av hva «mannen i gata» mener om slike situasjoner. Jeg har oppfattet at temaet har fenget mange, også folk som ikke arbeider i helsevesenet. Dette kan skyldes at temaet er litt «vågalt» eller «pikant» og utfordrer vår fantasi i forhold til hva som kan foregå innenfor det vel etablerte.

4.5 Har pasientens diagnose noen betydning?

Gruppen av sykehusleger var svært kategoriske når de hevdet at det uansett er legens ansvar å sørge for at det ikke oppstår et privat forhold mellom en lege og en pasient. I vurderingene av de fire kasuistikkene, la de til grunn at den oppgitte diagnosen var sannferdig og diskuterte ikke om diagnosen faktisk var korrekt. Under flere av kasuistikkene startet sykehuslegene med å sjekke ut hvilken diagnose pasienten hadde, og sluttet ut i fra dette en forventning om hvordan pasientens symptomer kunne tenkes å komme til uttrykk. Det at en av pasientene fremstod med manipulerende trekk, ble nærmest oppfattet som en selvfølge av sykehuslegene, nettopp fordi pasienten var diagnostisert med en ustabil personlighetsforstyrrelse. Sykehuslegene hevdet at legen gitt denne situasjonen, burde vært forberedt på at pasienten kunne framstå med manipulerende trekk.

Sykehuslegene diskuterte ikke hvorvidt det var korrekt at den psykiatriske pasienten i kasuistikk 4 faktisk hadde vært suicidal, slik det stod omtalt i kasuistikken. Pasientens depresjon og suicidalitet ble lagt til grunn, og diagnostiseringen ble brukt som en begrunnelse på hvorfor forholdet mellom psykiateren og pasienten fortsatt var så preget av ubalanse, selv

om de traff hverandre etter at lege-pasient-forholdet formelt var avsluttet. Mitt inntrykk var at sykehuslegene ganske entydig forholdt seg til de diagnosene som var stilt, slik som personlighetsforandringer og suicidalitetsvurderinger, og utfordret ikke videre om disse diagnosene og vurderingene var entydig korrekte.

Allmennlegene stadfestet også at psykiske diagnoser gjorde at pasienter var sårbare og at pasientens diagnose hadde betydning for hvor aktsom legen måtte være. Noen av allmennlegene mente at pasientens diagnose i seg selv ikke var avgjørende i forhold til om en med sikkerhet kunne slå fast at det bare var legens ansvar å sørge for at relasjonen forble profesjonell. Det ble i allmennlegegruppen hevdet at en del pasienter kunne fremstå som svært manipulerende og kunne «lure» legene til å inngå et seksuelt forhold. Det ble videre hevdet i allmennlegegruppen, at noen pasienter nærmest kunne legge ut et nett som det ble vanskeligere og vanskeligere for legen å komme ut av, og at det av denne grunn kunne være forståelig at noen leger lot seg rive med og at private følelser oppstod og fikk utvikle seg. Allmennlegene vektla ikke i samme grad pasientens diagnose som eksplisitt årsak til de manipulerende trekkene som pasienten kunne fremby.

Jeg oppfattet at allmennlegene i mindre grad umiddelbart aksepterte de diagnosene pasienten hadde og som fremgikk av kasuistikken. I kasuistikken som omhandlet pasienten med alvorlig depresjon og suicidalitet, ble det argumentert for at det ikke var sikkert at pasienten egentlig var suicidal. Det ble hevdet at suicidalitetsvurderinger generelt ikke alltid holder faglig mål, og at tilstanden kunne være mindre alvorlig enn det en kunne få inntrykk av ved ensidig å holde seg til opplysningene i kasuistikken.

Kan det være en grunnleggende forskjell på hvordan sykehusleger og allmennleger vektlegger pasientens diagnose? Kan det være at sykehusleger og allmennleger i ulik grad forholder seg til treffsikkerheten av de diagnosene som er satt? Er det noen forskjeller i arbeidsmetodene hos de to legegruppene som reflekterer den ulike vektleggingen og betydningen av diagnosene? I avsnittene under har jeg reflektert rundt årsaker til eventuelle forskjeller mellom leger som arbeider i førstelinjetjenesten, og leger som arbeider i andrelinjetjenesten. Diskusjonen bygger ikke på spesifikk litteratur, men kun på mine refleksjoner rundt diagnosesetting og ulike ståsteder i et utredningsforløp.

Leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ulike utgangspunkt når de vurderer og diagnostiserer en pasient med nyoppdaget sykdom. I allmennpraksis vil

diagnostikken ofte finne sted på et relativt tidlig stadium av sykdommen, og dette kan innebære varierende grad av usikkerhet i forhold til validiteten av en eksakt diagnose.

Allmennleger bruker et eget klassifikasjonssystem kalt International Classification of Primary Care (ICPC) som koder enten for kontaktårsak eller diagnose. Systemet er utarbeidet nettopp for å favne usikkerheten som knytter seg til diagnosen. Mulighetene for avansert utredning på legekantoret er begrensede, selv om henvisning til for eksempel radiologiske undersøkelser og undersøkelser med andre avanserte metoder, selvsagt vil øke treffsikkerheten av den diagnosen en allmennlege stiller.

Leger i spesialisthelsetjenesten vil som regel motta pasienter som sendes til sykehus eller spesialist, etter at det allerede er startet utredning av pasienten i førstelinjetjenesten. De diagnosene som blir satt i sykehus, vil ofte være begrunnet både ut i fra den påbegynte utredningen i allmennpraksis, inkludert tentative diagnoser, og på mer spesialisert utredning i sykehus. Dette vil vanligvis medføre at treffsikkerheten av diagnosesettingen er høyere i sykehuset, nettopp fordi en tar i bruk mer avanserte utredningsmetoder og fordi spesialkompetansen innen det enkelte fagområde ofte vil være større i sykehus.

Jeg vil hevde at i de tilfellene der en innenfor spesialisthelsetjenesten har gjennomført omfattende utredning som ender med en konklusjon og en diagnose, vil en i større grad forholde seg til denne diagnosen som en absolutt størrelse. Diagnosen må nødvendigvis revurderes dersom det foreligger nye opplysninger om at diagnosen ikke kan være riktig og at nye undersøkelser bør igangsettes, men bortsett fra i slike situasjoner, vil sykehuslegene i stor grad forholde seg til de oppgitte diagnosene.

Tidlig i en utredningsfase i allmennmedisin, vil diagnosesettingen ofte være tuftet på mindre avanserte undersøkelsesmodaliteter. I en slik situasjon skal det mindre til før en allmennlege stiller spørsmål ved om den opprinnelige diagnosen faktisk holder faglig mål.

Ut i fra dette vil jeg hevde at en mulig forklaring på at allmennleger ikke umiddelbart aksepterer de oppgitte diagnosene, er at deres utgangspunkt for møtet med pasienten som regel er tidlig i en utrednings- og behandlingskjede. I denne fasen forholder allmennlegen seg til de oppgitte diagnosene med større grad av usikkerhet. Sykehuslegene vil på den andre siden legge til grunn at de oppgitte diagnosene er korrekte, da de har erfaring med at diagnosesettingen er mer endelig og ikke skaper grunnlag for tilsvarende grad av usikkerhet. Selvsagt vil det også være slik at mange allmennleger møter pasienter med kroniske lidelser

som kommer til gjentatte kontroller for sine kjente lidelser, og utgangspunktet vil da være et helt annet enn den situasjonen jeg har skissert foran.

I tilfeller der en pasient sporadisk har oppsøkt en lege for en banal somatisk diagnose, og der det senere utvikler seg et privat forhold mellom legen og pasienten, ble det vektlagt i begge fokusgruppene at dette kunne bidra til at en ikke vurderte den grenseoverskridende adferden som like alvorlig. Som eksempler på slike «banale somatiske diagnoser» ble det nevnt en pasient som oppsøkte en lege for en kneskade eller en øvre luftveisinfeksjon, og der det kun hadde vært et svært begrenset antall konsultasjoner, og der det i tillegg hadde gått noe tid før legen og pasienten for eksempel møtte hverandre i en privat sammenheng.

Utover konsultasjoner som gjaldt banale somatiske lidelser og tilfeller med pasienter med psykisk sykdom, ble det ikke drøftet at diagnosen som sådan har en egen betydning når en skal vurdere alvorligheten av tilsynssaker som omhandler rollesammenblanding.

Konklusjonen er at det generelt ble oppfattet at pasientens diagnose ikke hadde betydning for hvordan en skal vurdere grunnlaget for sanksjoner overfor involvert helsepersonell i slike saker. Imidlertid viser resultatene at det er en forventning om at leger er særlig aktsomme dersom de har pasienter med psykiske lidelser som gjør pasientene særlig sårbare, eller der en kan forvente at pasienten kan spille ut manipulerende sider for å få legens oppmerksomhet. Det var ulik bevissthet blant legene i forhold til hvor mye de vektla at pasienter med personlighetsforstyrrelser kan fremstå som manipulerende, og hvorvidt det manipulerende uttrykket kan skyldes pasientens psykiske ustabilitet.

Statens helsetilsyn er av den oppfatningen at leger bør være ekstra aktsomme dersom pasienten er i en vanskelig livssituasjon og er særlig sårbar. Når det gjelder pasienter som får psykiatrisk behandling, har Statens helsetilsyn uttalt: *«I relasjoner der pasienter går til psykiatrisk behandling vurderes pasienten som ekstra sårbar, uansett om det er snakk om alvorlig psykisk lidelse eller ikke.»* Ved avslutning av tilsynssaker i Statens helsetilsyn blir legens manglende ansvar tydeliggjort i slike saker, ved at en slår fast at legen har benyttet behandlingsrelasjonen til å etablere en privat og seksualisert kontakt, og dermed utnyttet den situasjonen som pasienten var i.

Legene som ble intervjuet, synes å ha et standpunkt som langt på vei er i overensstemmelse med praksisen til Statens helsetilsyn når de vurderer betydningen av pasientens diagnose og

sårbarhet. Enkelte allmennleger tenderte til å mene at manipulerende trekk i en slik situasjon, ikke først og fremst handlet om psykisk sykdom.

4.6 Har pasienten et selvstendig ansvar?

Legers etiske retningslinjer er tydelige på at leger ikke skal innlede et forhold til en av sine pasienter. Dette gjenspeiles også i forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. I dette påhviler det legen hovedansvaret for å forhindre at slike forhold oppstår. Gruppen med sykehusleger var helt entydig på at det var legen som hadde ansvaret for å unngå at slike situasjoner fikk utvikle seg. Sykehuslegene problematiserte i liten grad om det kunne være spesielle tilfeller der også pasienten hadde et medansvar for forhindre privatisering av et lege-pasient-forhold.

I gruppen med allmennleger ble det diskutert om pasienten i tillegg til legen, hadde et medvirkende ansvar for å forhindre at pasient-behandler-relasjon utviklet seg til et ”kjærlighetsforhold”. Det ble hevdet av noen av legene at pasienter gjennom sin væremåte kunne påvirke en lege i så stor grad, at det nærmest ble umulig å stå i mot seksuelle tilnærminger. Det ble også sagt at pasienter noen ganger kunne være så ”utspekulerte” at legen ikke klarte å komme seg unna.

Jeg tolket disse utsagnene i retning av at allmennlegene i større grad var opptatt av dynamikken i et lege-pasient-forhold, inkludert den gjensidige tilliten og avhengigheten som oppstår i en langvarig behandler-pasient-relasjon. Denne tilliten er grunnleggende for legen. Legen må opptre på en måte som gjør at pasienten får tillit både til den faglig og menneskelig siden av legen. Tilliten bygges over tid i den felles relasjonen som oppstår mellom pasienten og legen i det terapeutiske rommet.

I en behandlingsrelasjon mellom en fastlege og en pasient, vil det kunne utvikle seg samarbeidsformer og kommunikasjon som også innehar elementer av mer uformell kontakt. Dette kan særlig komme til uttrykk dersom pasienten er i behov av langvarig oppfølging som fører til en tett relasjon til behandleren i kortere eller lengre periode av livet. I et lege-pasient-forhold innen allmennmedisin, fremstår de faste konsultasjonene ved legekontoret som svært sentrale. Imidlertid vil mange allmennleger i tillegg ta direkte kontakt med pasienten ved for eksempel å ringe pasienten privat for å formidle prøvesvar eller andre beskjeder, eller ved å dra i hjemmebesøk. Bruk av mail og SMS mellom lege og pasient begynner også å bli mer utbredt i allmennpraksis, da dette kan være en effektiv kommunikasjonsform mellom lege og

pasient. Ved bruk av slike medier som mail og SMS, er ikke faste rammer innarbeidet på samme måte som i en vanlig konsultasjon ved et legekantor. Bruk av andre sosiale medier som Face-book og Twitter forutsetter jeg ikke vurderes som egnet i forhold til oppfølging av enkeltpasienter. Jeg vil ut i fra dette hevde at kommunikasjonen i et lege-pasient-forhold som inkluderer bruk av nyere medier, lettere vil kunne vris til å inneha elementer av mer privat karakter. Et forhold som i for stor grad fremstår med private karakteristika, kan særlig forekomme dersom legen ikke har tilstrekkelig bevissthet rundt utfordringer som de nyere kommunikasjonsformene gir.

I et lege-pasient-forhold som er lite paternalistisk, vil samarbeidet i større grad være tuftet på og utøvet i forhold til pasientens ønsker, preferanser og rettigheter, uttrykt blant annet gjennom pasientrettighetsloven. Når en pasient i stor grad er premissleverandør for ulike valg og avgjørelser som har betydning for behandlingsstrategier, vil en lege ikke så lett kjenne på opplevelsen av at det foreligger en makt-ubalanse mellom pasient og lege. Dette kan føre til at det lettere oppstår en relasjon som av begge parter oppleves som mer jevnbyrdig og likeverdig.

Mange fastleger vil gjennom en langvarig relasjon til en pasient, utvikle god kjennskap både til pasienten, men ofte også til pasientens familie, lokalmiljø og kanskje arbeidsplass. Det vil derfor være naturlig at pasient og fastlege også diskuterer temaer som innehar elementer av mer privat karakter. Lege-pasient-forholdet kan derfor også preges av faktorer som i noen grad minner om en mer privat relasjon. Det at en allmennlege og en pasient har et forhold som også innehar trekk som ligner på en privat relasjon, gjøre at allmennlegene i større grad utfordres på sine egne grenser i den profesjonelle behandlerrollen. Dette fordrer igjen at legen er mer bevisst på at lege-pasient-forholdet må opprettholdes som en profesjonell relasjon og ikke utvikles i en for privat og intim retning.

Sykehusleger vil vanligvis ha en tett dialog og mange treffpunkter med sine pasienter innenfor en svært begrenset tidsperiode i forbindelse med at pasienten enten er innlagt på sykehuset eller følges ved poliklinikken. Unntak fra dette vil være sykehusleger som arbeider med pasienter med kroniske lidelser og som følges langvarig ved sykehuset, der pasientrelasjonen kan få et preg som ligner mer på allmennlegenes pasientkontakt og arbeidsform. Innen psykisk helse vil også relasjonen bli tettere fordi personlige temaer i større grad berøres, og fordi behandlingen ofte strekker seg over en lengre tidsperiode.

Når kontakten finner sted i et somatisk sykehus, innehar sykehusmiljøet klare begrensninger i forhold til møtesteder, rammer rundt konsultasjoner og andre tidsmessige og strukturelle forhold. Disse forholdene vil kunne bidra til at legens forhold til pasienter lettere forblir profesjonelle.

De ulike momentene det er redegjort for hert, mener jeg er medvirkende til at legerollen i allmennpraksis utfordres mer ved at grenser settes på strekk. Dette vil igjen fordre økt fokus og bevisstgjøring på faren for grenseoverskridelser i allmennpraksis, og gjennom dette forhindre at en lege-pasient-relasjon utvikler seg til en intim og seksualisert relasjon. Jeg vil videre hevde at selve lege-pasient-forholdet og de strukturene som strengt regulerer en behandlerrelasjon innenfor et sykehus, ikke tilsvarende utfordrer lege-pasient-forholdet. Det kreves med andre ord ikke samme grad av aktsomhet fra sykehuslegene som fra allmennlegene, for å unngå at lege-pasient-forholdet utvikler seg til en privat relasjon. Det er mer uvanlig at det oppstår situasjoner som utfordrer sykehuslegers profesjonelle rolle, mens dette i større grad skjer med leger som arbeider innen allmennmedisin.

I de fleste av tilsynssaken som omhandler rollesammenblanding, dreier sakene seg om leger som arbeider i solopraksis, enten som allmennlege eller som privatpraktiserende spesialist i psykiatri. En slik organisering vil kunne medvirke at legen har begrenset kontakt med andre fagmiljøer. Det faglige nettverket kan bli lite, og legen kan bli stående alene med vanskelige problemstillinger uten å ha noen andre å forholde seg til. Dette vil ytterligere kunne øke risikoen for at grenseoverskridende atferd kan finne sted.

Statens helsetilsyn vektlegger i rollesammenblandingssaker at det er legen som har ansvaret for å forhindre at forholdet utvikler seg til et intimt forhold. Statens helsetilsyn har i slike saker uttalt: *«Enkelte pasienter vil i løpet av en behandling kunne oppleve at helsepersonell representerer en unik form for forståelse, bekreftelse og nærhet. Dette kan medføre at pasienten blir tiltrukket av helsepersonellet på et personlig plan. Det er ikke uvanlig at pasienter i slike situasjoner ønsker å omgjøre den terapeutiske relasjonen til en personlig, intim relasjon. Det er helsepersonellens oppgave å ha kunnskap om og innsikt i at dette kan skje, og å iverksette relevante tiltak for å beskytte pasienten når dette oppstår. I situasjoner der helsepersonell erfarer at egne følelser overfor pasient er til hinder for å opprettholde et profesjonelt forhold, forventes det at helsepersonellet tar initiativ til å søke råd og veiledning og til å avslutte behandlingsrelasjonen.»*

Statens helsetilsyn vektlegger altså ikke at pasientens har et eget ansvar når de skal avgjøre denne type tilsynssaker. Noen av allmennlegene som deltok i fokusgruppeintervjuet, påpekte imidlertid at pasientens diagnose og måten pasientens opptrer på kan gjøre at situasjonen blir utfordrende for legen. Allmennlegene stilte spørsmål ved om pasienten også har et selvstendig ansvar for å forhindre at lege-pasient-forholdet utvikler seg til en privat og intim relasjon.

4.7 Finnes det formildende faktorer?

Under fokusgruppeintervjuene, kom det fram en del momenter som i ulik grad ble vektlagt som formildende eller skjerpene i forhold til hvor alvorlig privatiseringen av et lege-pasient-forhold var. I det følgende vil jeg drøfte noen av disse faktorene. Jeg har under dette punktet også tatt med de momentene som kom opp i forhold til betydningen av tidsmessige faktorer.

4.7.1 Betydningen av små forhold på bygda

En av kasuistikkene omhandlet en lege som arbeidet i en liten bygd og som innledet et forhold til en pasient som også var legens kollega og venn. Under diskusjon av denne kasuistikken kom det i begge fokusgruppene fram, at en ikke kan være like streng når de lokale forholdene er små, da det er utfordrende både å være lege og ha et privatliv i en mindre bygd.

I vårt langstrakte og til dels grisgrendte land, er det mange mindre bygder og kommuner der legen både bor og også har sitt private liv innenfor det samme lokalmiljøet. I det private og det profesjonelle livet lever legen i tett sameksistens med personer som også er legens pasienter på legekontoret i bygda. Dette kan vanskelig unngås helt i små samfunn, og dette gir spesielle utfordringer. Alle leger som har vært i distrikturnus eller som har arbeidet i kortere eller lengre perioder i små kommuner, har kjent på disse utfordringene.

Jeg erfarte selv som turnuslege i en liten bygd, å gjøre gynekologisk undersøkelse og fjerne spiralen på nærmeste nabo fordi ektemannen som var sjømann kom hjem, og nå skulle det bli nytt barn! Mine argumenter om at jeg aldri hadde fjernet en spiral på egen hånd og mente det burde vente til kommunelegen var tilbake på kontoret, ble ikke vektlagt av pasienten, og vi ble sammen enige om å forsøke å fjerne spiralen. Det gikk bra å få ut spiralen og nytt barn ble det neste vår! Min lille historie viser at som lege i en liten bygd kommer du tett på nærmeste naboer og andre en forholder seg til i private sammenhenger. Gjennom slike relasjoner får en også andre rammer der en i tillegg til det strikt medisinske også tar hensyn til andre faktorer.

En kan i slike tilfeller oppleve situasjoner der en utfører legeoppgaver som en i andre situasjoner ville overlatt til andre, også fordi det ikke finnes «noen andre» å overlate oppgavene til.

Mange allmennleger velger å arbeide på et legekantor et stykke unna der de selv bor. Dette kan lett løses i større kommuner der folketallet er av en viss størrelse, og der det geografisk er mulig å bo ett sted og arbeide ved et legekantor i nærheten. Ved en slik løsning kan legen unngå at en omgås for hyppig med egne pasienter i nærmiljøet. I små bygder kan det imidlertid være nesten umulig å innrette seg slik. Noen leger i små kommuner velger derfor bare å omgås et svært begrenset antall personer i bygda i private situasjoner, og ellers ha sitt private nettverk geografisk lengre av gårde.

Det kan være lett å assosiere seg med og forstå en lege som bor i en liten bygd og som inngår en privat relasjon til en pasient. Imidlertid er ikke den skaden dette private forholdet kan påføre pasienten noe mindre, selv om det foregår i en mindre bygd. Kanskje snarere tvert i mot. Det psykiske traumet som påføres en pasient som har hatt et forhold til en lege i en liten bygd, bli kanskje enda mer alvorlig den dagen forholdet tar slutt, nettopp fordi forholdene blir så små og «alle» vet om hva som har skjedd, samtidig som mulighetene for «å komme seg unna» er små. Dette vil derfor gi legen i små lokalsamfunn et tydeligere ansvar for å ha økt bevissthet i forhold til sine ulike roller, og gjennom dette forhindre at det oppstår en privat relasjon mellom legen og pasienten.

Statens helsetilsyn vil ved vurdering av slike tilsynssaker ikke vektlegge særskilt faktorer som at de lokale forholdene er små og at legen derfor lettere kan komme i en «dobbel-rolle» både som lege og som privatperson. Statens helsetilsyn har i slike saker uttalt at *«Som hovedregel vil derfor ingen årsak, situasjon eller omstendighet kunne legitimere eller begrunne etablering av private relasjoner/handlinger mellom pasienter og helsepersonell. Dette gjelder uavhengig av om det er snakk om pågående behandling eller avsluttet/avbrutt behandling, om det er helsepersonellet eller pasienten som tar initiativ til å innlede slike relasjoner, eller om pasienten opplever relasjonen som positiv.»*

Statens helsetilsyn legger altså en like restriktiv norm til grunn selv om de lokale forholdene er små og legen lettere kan komme i en situasjon med flere roller. Det synes som oppfatningen til noen av legene som ble intervjuet, i en viss grad avviker fra normforståelsen til Statens helsetilsyn når det gjelder denne faktoren.

4.7.2 Betydningen av “ekte kjærlighet”

I gruppen med sykehusspesialister ble det ikke diskutert om noen av forholdene i kasuistikkene var bygget på gjensidige følelser og kjærlighet. Det eneste unntaket gjaldt det lesbiske forholdet mellom den kvinnelige psykiateren og den kvinnelige pasienten, der det ble hevdet at det kunne dreie om første gangs lesbisk forhold og en gjensidig god opplevelse for begge parter. I de andre kasuistikkene ble det blant sykehuslegene ikke gjort noen problematiseringer rundt hvorvidt følelsene var gjensidige og var å betrakte som «ekte kjærlighet».

I gruppen med allmennleger ble mange av kasuistikkene nettopp belyst i forhold til om det egentlig dreide seg om ”ekte kjærlighet”. Det ble delvis konkludert i allmennlegegruppen at tre av kasuistikkene dreide seg om ”ekte kjærlighet”, mens i den siste kasuistikken var det i første rekke fysisk tiltrekking som førte til privatisering av lege-pasient-forholdet.

Jeg er litt usikker på om jeg vil vektlegge dette punktet om «ekte kjærlighet» i særlig grad, både når det gjelder forskjellen på de to legegruppene og hvorvidt legene egentlig vurderte at dette kunne være en formildende faktor. Jeg fikk mer inntrykk av at diskusjonen om dette temaet i allmennlegegruppen, var en refleksjon i forhold til kvaliteten av forholdet mellom pasienten og legen. Jeg oppfattet at allmennlegene viste til at det kunne dreie seg om et ”ekte kjærlighetsforhold”, men samtidig pekte de på andre faktorer som virket skjerpende, og som de mente måtte bidra til at en lege ikke kunne la følelsen overstyre de faktorene som skulle sørge for at den profesjonelle relasjonen mellom legen og pasienten ble opprettholdt.

Statens helsetilsyn har ingen praksis der kvaliteten på det intime forholdet mellom legen og pasienten blir vektlagt når en skal vurdere konsekvensen av rollesammenblanding. Hvorvidt det er ”ekte kjærlighet” ansees ikke som vurderingstema som Helsetilsynet skal ta hensyn til.

4.7.3 Betydningen av hvor de hadde sex

Det var kun allmennlegene som var innom dette temaet. Temaet ble ikke berørt av sykehuslegene under diskusjonen av noen av kasuistikkene. Som moderator hadde jeg verken vektlagt dette i intervjuguiden, og jeg brakte det heller ikke fram spesifikt under intervjuene. Jeg oppfatter at det rent billedlig ble sterkt for noen av allmennlegene å se for seg at en lege faktisk hadde sex på sitt eget legekontor. Det ble hevdet blant allmennlegene at om legen ikke

under utvikling av relasjonen klarte å avslutte forholdet, måtte legen i det minste forstå at det å ha sex med en pasient på sitt eget legekontor, virkelig var helt galt. Under diskusjonen kom det fram at det alvorligste var at de faktisk hadde sex og ikke hvor de hadde sex. Jeg legger derfor dette standpunktet til grunn, og mener det er grunnlag for å hevde at lokalet der sex ble utøvd, ikke i seg selv ble vektlagt som særlig skjerpene.

Statens helsetilsyn står noen ganger overfor situasjoner der det er diskrepans i forhold til involverte personers oppfatning om det private forholdet oppstod før eller etter at behandler-pasient-relasjonen faktisk var avsluttet. Noen ganger kan det være ord mot ord i slike tilsynssaker. Det at det foreligger opplysninger om at partene har hatt sex på legekantoret, vil selvsagt styrke antagelsen om at behandlerrelasjonen ikke var avsluttet da det seksuelle forholdet oppstod. Statens helsetilsyn vil i slike tilfeller anvende de konkrete opplysningene om hvor partene hadde sex, i sin avgjørelse i tilsynssaken.

4.7.4 Trusler om offentliggjøring

Det ble nevnt at trusler om offentliggjøring kunne dreie seg om hevntanker fra en forsmådd tidligere kjæreste og et ønske om å ødelegge for legen når forholdet var slutt. Det ble på den andre side oppfattet som svært negativt at legen truet pasienten til ikke å melde fra om at legen hadde hatt et forhold til en pasient. Ut i fra den begrensede diskusjonen og da dette momentet ikke ble vektlagt i særlig grad, oppfattet jeg ikke at denne faktoren var avgjørende.

4.7.5 Tidsmessige faktorer

Under fokusgruppeintervjuene kom det opp to tidsmessige forhold som kunne ha betydning for vurderingen av alvorligheten i slike tilsynssaker. Den ene tidsrelasjonen gjaldt tiden fra lege-pasient-forholdet ble avsluttet til det private forholdet ble innledet. Den andre tidsrelasjonen gjaldt tiden fra den private relasjonen ble avsluttet og til saken ble meldt til tilsynsmyndighetene.

Finnes det en karenstid?

Når det gjaldt den første tidsdimensjonen, ble det under diskusjonen vektlagt blant legene at det ikke kunne være slik at legen den ene dagen var en profesjonell behandler og den neste dagen var han kjæreste med sin pasient. Tidsrelasjonen ble likevel vektlagt som en

formildende faktor dersom behandlerrelasjonen hadde vart kort, og dersom behandlingen samtidig hadde dreid seg om en enkel, somatisk lidelse. Noen av allmennlegene mente å kjenne til at det eksisterte en karenstid på ca to år som gjorde at det var etisk akseptabelt å innlede et kjærlighetsforhold til en tidligere pasient når det hadde gått en viss periode fra behandlerrelasjonen ble avsluttet til de ble kjærester. Dette ble diskutert i flere av kasuistikkene, og det ble hevdet at Den norske legeforening gir sine leger råd om dette. I forbindelse med denne oppgaven kontaktet jeg Legeforening som redegjorde for at de ikke opererer med anbefalinger om karenstid for sine medlemmer i slike saker.

I artikkelen til Hytten (2011) som også er omtalt i kapittel 1.7 henvises det til § 7 i etiske regler for leger og diskusjon i legeforeningens etiske råd. Hytten uttaler at ved vurdering av hvorvidt det foreligger brudd på denne paragrafen vil det være av betydning hva slags lege-pasient-forhold det har dreid seg om. Rådet for legeetikk hadde forut for at den nevnte artikkelen ble skrevet, diskutert en spesifikk hendelse der en psykiater henvendte seg til rådet med spørsmål om hvordan denne reglen skal oppfattes når en lege-pasient-relasjon har vært avsluttet i cirka ti år før psykiateren og pasienten treffer hverandre privat og det utvikler seg til et kjærlighetsforhold. Hytten redegjør i artikkelen for at det i de psykoterapeutiske fagmiljøene kan være litt ulike synspunkter på dette dilemmaet. Noen psykoterapeuter mener at det alltid vil være uetisk å utvikle et kjærlighetsforhold til en pasient en har hatt til psykoterapi, mens andre mener at det kan være akseptabelt at legen innleder et kjærlighetsforhold til en tidligere pasient, forutsatt at det foreligger en viss karenstid (ett eller flere år) der det ikke er kontakt mellom partene. Hytten konkluderer i artikkelen at Rådet for legeetikk fraråder at leger innleder et kjærlighetsforhold til en pasient der det har vært en psykoterapirelasjon over tid.

I en sak om rollesammenblanding som er behandlet av Statens helsetilsyn, hadde legen i tilsynssaken bedt Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk, om å gi en uttalelse om de etiske overveielsene i tilsynssaken. Professor Solbakk uttalte at leger må vente cirka et år fra behandlingsforholdet er avsluttet, før de kan innlede et kjæresteforhold til en tidligere pasient.

Denne uttalelsen er ikke i samsvar med tilsynsmyndighetenes praksis. Statens helsetilsyn uttalte i den spesifikke saken at helsetilsynet alltid gjør en konkret vurdering i hver enkelt sak, og at det ikke finnes faste tidsrammer for når det er forsvarlig å innlede en seksuell relasjon til en tidligere pasient. Professorens oppfatning av karenstid ble vurdert til kun å være hans egen

oppfatning. Den gjenspeiler heller ikke uttalelsen fra rådet for legeetikk i Legeforeningen som det er referert til over.

Oppfatningen om at det foreligger en karenstid, bygger sannsynligvis mest på enkeltpersoners engasjement i slike saker, og vurdering av saken ut i fra perspektivet til den involverte legen. Statens helsetilsyns oppfatning er at det ikke finnes en karenstid i slike tilsynssaker. Den norske legeforening, representert ved juridisk avdeling og rådet for legeetikk, forholder seg slik jeg ser det, heller til bruk av en spesifikk karenstid i saker der leger innleder et privat forhold til en pasient.

Det synes å være noe forvirring blant leger om det foreligger en spesiell karenstid i slike saker. Mer fokus rundt problemstillingen rollesammenblanding og økt informasjonsarbeid bør kunne bidra til at «myten» om at det foreligger en karenstid i Norge legges død.

Tiden til forholdet blir kjent for tilsynsmyndighetene

Tidsperspektivet som omfatter den tiden det går fra forholdet tok slutt og til det oppstår en tilsynssak, var ikke legene spesielt opptatt av i forhold til om dette burde illegges betydning. Legene erkjente at det kunne være betydelig forsinkelse fra et forhold var avsluttet til pasienten klarte å melde fra om forholdet, nettopp fordi pasienten var traumatisert av relasjonen til sin tidligere behandler. Det ble derfor vektlagt at legen ikke skulle få fordeler av dette.

Hvorvidt slike tidsrelasjoner får betydning når saker om rollesammenblanding vurderes av Statens helsetilsyn, avgjøres i den enkelte sak. Det at det har gått lang tid, vektlegges ikke som en selvstendig faktor. Det synes derfor å være en relativt lik normoppfatning blant legene som ble intervjuet og den betydningen Statens helsetilsyn vektlegger den tiden som har gått fra et forhold er avsluttet til forholdet er gjort kjent for tilsynsmyndighetene.

4.7.6 Oppsummering av formildende faktorer

Når det gjelder håndteringen av slike tilsynssaker i Statens helsetilsyn, tas det i liten grad hensyn til spesielle faktorer ved relasjonen som kan bidra til en mindre inngripende administrativ reaksjon. Gjennomgangen av de eventuelle formildende faktorer i det ovenstående, viser at normoppfatningen til de legene som ble intervjuet, stort sett er sammenfallende med oppfatningen fra Statens helsetilsyn når det gjelder de ulike faktorene.

Legenes normoppfatning avviker imidlertid noe fra oppfatningen til Statens helsetilsyn når det gjelder rollesammenblanding i små lokalsamfunn. Noen av legene var også opptatt av hvorvidt det var ”ekte kjærlighet” mellom legen og pasienten. Statens helsetilsyn oppfatter disse faktorene som irrelevante.

Det synes videre å være et behov for å øke kunnskapen blant leger om at det ikke eksisterer en karenstid for når det er akseptabelt å innlede et privat forhold etter at en lege-pasient-relasjon er avsluttet.

4.8 Har det betydning om rollesammenblandingen involverer en psykiater?

Prinsipper bak overførings- og motoverføringsmekanismer i en psykoterapeutisk relasjon ble diskutert i begge fokusgruppene, og det ble sett på som helt nødvendig at enhver lege er seg bevisst dette aspektet i en behandlerrelasjon. Sykehuslegene vektla at psykiatere har et særskilt ansvar for å unngå å innlede et forhold til en av sine pasienter, da pasienter med psykiske lidelser er særlig sårbare. Det ble i sykehuslegegruppen også vektlagt at psykiatere gjennom sin utdanning bør ha et avklart syn på overførings- og motoverføringsmekanismer, og derfor kunne gjenkjenne disse mekanismene når private og intime følelser oppstår.

Allmennlegene vektla at det i allmennpraksis også er svært mange pasienter med psykiske lidelser, og at allmennleger i tilsvarende grad som psykiatere også må gjenkjenne de samme mekanismene ved overføring og motoverføring. Allmennlegegruppen mente at allmennleger bør ha et tilsvarende ansvar som psykiatere, til å gjenkjenne disse faktorene og forhindre at intime og seksualiserte forhold oppstår.

Materialet fra Statens helsetilsyn over rollesammenblandingssaker mot leger, viser at sakene i det alt vesentligste dreier seg om saker mot mannlige allmennleger og psykiatere. Andre spesialiteter er nærmest ikke involvert i slike tilsynssaker. Det er helt unntaksvis at kvinnelige leger er involvert. Hoveddelen dreier seg videre om leger som arbeider i solopraksiser. Statens helsetilsyn har vektlagt at det forventes at psykiatere har særlig kompetanse i å tolke den tette relasjonen som kan oppstå mellom pasient og psykiater i en psykoterapeutisk behandling, og at psykiatere har et spesielt ansvar for å sørge for at pasient-behandler-forholdet forblir profesjonelt.

Andelen psykiske lidelser i befolkningen er økende, og dette fordrer at allmennleger i stadig større grad vil møte pasienter med behov for oppfølging av psykisk sykdom. Mange av disse pasientene er i behov av langvarig oppfølging hos sin fastlege og slike relasjoner kan utvikle seg til tette behandler-pasient-relasjoner.

Allmennlegene i fokusgruppeintervjuet har derfor sannsynligvis rett i at allmennlegene er like utsatt som psykiatere i å havne i situasjoner der det oppstår blanding av den profesjonelle og den private rollen som lege. Det totale antall konsultasjoner i allmennpraksis er betydelig høyere enn antallet pasientkonsultasjoner hos psykiatere i Norge. Risikoen for at et lege-pasient-forhold utvikler seg til en intim relasjon, må derfor sees relatert til alle de konsultasjonene som hvert år gjennomføres mellom pasienter og leger i allmennmedisin.

Psykiatere har i sin spesialisering mye fokus på rolleavklaring, vektlegging av pasienters sårbarhet og psykoterapeutisk tilnærming. Allmennlegene har ikke en tilsvarende omfattende og obligatorisk opplæring i slike temaer. Jeg vil hevde at allmennlegene i tillegg til psykiaterne, har behov for økt fokus på disse problemstillingene under sine spesialiseringsløp. Gjennom økt kunnskap om temaet og vektlegging av legers ansvar for å forhindre intime relasjoner mellom leger og pasienter, kan det forhindres at pasienter påføres traumatiske grenseoverskridende hendelser. Gjennom økt fokus på disse problemstillingene, vil samtidig færre leger kunne få tilbakekalt autorisasjon på grunn av rollesammenblanding.

4.9 Mangler leger kunnskap om eksisterende praksis?

Gjennom fokusgruppeintervjuene kom det fram at omfanget og årsaken til hvorfor helsepersonell mister autorisasjonen, var lite kjent blant legene. Et par av deltakerne var kjent med at årsakene til autorisasjonstap hos leger i det vesentligste skyldes rusmisbruk eller seksuelle forhold til pasienter, og at det kun er et fåtall av leger som mister autorisasjonen på grunn av uforsvarlig behandling av pasienter. Mange av deltakerne var imidlertid ikke kjent med årsakene og omfanget av autorisasjonstap i Norge.

Vedtak om at helsepersonell mister autorisasjonen er i utgangspunktet offentlige.

Pasientsensitive opplysninger og opplysninger om helsepersonellet av personlige karakter er imidlertid unntatt offentligheten. Dette innebærer at det foreligger offisielle tall over hvor mange helsepersonell som hvert år har mistet sin autorisasjon. Når det gjelder seksuelle

relasjoner til pasienter, er hovedregelen at autorisasjonstapet er offentlig, men det kan foreligge unntak dersom pasienten kan identifiseres.

Helsepersonellens navn og identitet vil blant annet framkomme av helsepersonellregisteret (HPR), og er også å finne på lister som Statens helsetilsyn utgir over helsepersonell som er fratatt autorisasjonen. De årlige tilsynsmeldingene fra Statens helsetilsyn tallfester også statistikken over autorisasjonstap. Selv om det foreligger en offisiell statistikk over antall tilfeller per år, er det sannsynligvis få helsepersonell som i særlig grad forholdet seg til temaet autorisasjonstap på grunn av seksuell utnyttelse av en pasient.

Leger er generelt svært opptatt av å gi god og forsvarlig behandling til sine pasienter. Mange leger har et bevisst forhold til at en i løpet av en yrkeskarriere kan komme i situasjoner der tilsynsmyndighetene vil undersøke om en pasient de har behandlet, har fått forsvarlig behandling. Det foreligger nok ikke en tilsvarende bevisstgjøring i forhold til risikoen for at det kan oppstå situasjoner som av tilsynsmyndighetene oppfattes som uforsvarlig rollesammenblanding mellom lege og pasient.

Som omtalt tidligere i denne oppgaven, er det årlig cirka 100 helsepersonell som mister sin autorisasjon, hvorav ca en fjerdedel av helsepersonellet utgjøres er leger. Hvert år er det i tillegg langt flere ikke-erkjente tilfeller der helsepersonell innleder et forhold til en pasient. Da slike lege-pasient-relasjoner ofte vil være litt «pikante» og oppfattes å være svært private, vil sakene ofte forbli hemmelige og ikke omtales offentlig. Sakene vil derfor i liten grad diskuteres i det offentlige rom, og vil av samme årsak være lite tilgjengelig som eksempler til læring.

Media har fra tid til annen oppslag som omtaler tilsynssaker av denne kategorien. Ofte er det snakk om mer sensasjonelle oppslag der det har foregått rene seksuelle overgrep mot pasienter. Massemedia vil nok i beskjeden grad kunne fungere som opplysningskilde for helsepersonell, og medvirke til dannelse av helsepersonells normoppfatning i slike saker.

De forholdene jeg her har nevnt, vil føre til at mange helsepersonell ikke har direkte erfaring med denne problemstillingen. De vil følgelig ikke ha en spesifikk referanseramme å forholde seg til, dersom de selv eller noen de kjenner skulle komme opp i en situasjon der rollen som profesjonell behandler utfordres. På denne bakgrunnen mener jeg tilsynsmyndighetene har en

oppgave når det gjelder å gi generell informasjon til helsepersonell om rollesammenblanding og risikoen for tilbakekalling av autorisasjon.

4.10 Mangler leger opplæring om legerollen?

I de gjennomførte fokusgruppeintervjuene ble det kartlagt at ingen av legene kunne huske at de hadde hatt spesifikk opplæring eller undervisning om rollesammenblanding verken under medisinerutdanningen eller senere som ferdigutdannede leger. Noen av sykehuslegene var relativt nyutdannede, og de kunne heller ikke erindre at temaet var direkte berørt i løpet av studietiden.

Jeg har vært i kontakt med de medisinske fakultetene ved Universitetet i Oslo og ved Universitetet i Bergen. Formålet med min masteroppgave har ikke først og fremst vært å kartlegge undervisningen av dette temaet ved de ulike universitetene i Norge. Mine bestrebelser for å kartlegge hva som faktisk gis av undervisning, har derfor ikke vært veldig store. Likevel mener jeg å kunne peke på at medisinerstudenter i for liten grad tilbys undervisning om temaet rollesammenblanding. Tilbakemelding fra de terminansvarlige og ulike professorer ved Universitet i Oslo og Universitetet i Bergen, peker i retning av at temaet ikke tas opp systematisk. Kontaktpersonene mener selv at fakultetene bør se nærmere på om det bør undervises grundigere i temaet rundt rollesammenblanding.

Ut i fra funnene i fokusgruppeintervjuene og gjennom den nevnte kartleggingen ved universitetene, er temaet rollesammenblanding ikke tilstrekkelig ivaretatt i grunnutdanningen av leger i Norge. Det reelle antall tilsynssaker hvert år som omhandler denne typer saker er ikke høyt, men antall saker har vært stabilt i mange år. Dette viser at problemet med rollesammenblanding ikke er avtakende og således ikke er i ferd med å forsvinne som årsak til legers autorisasjonstap i Norge. I tillegg vet vi at de sakene som blir kjent for tilsynsmyndighetene bare er en liten del av det totale antall reelle saker. Konsekvensene for den enkelte pasient som opplever grenseoverskridende adferd kan være svært alvorlig med langvarige problemer i etterkant. Det bør derfor være et mål at antall tilfeller med rollesammenblanding bør reduseres, og ideelt sett ikke finne sted.

I artikkelen til Goldie, Schwartz og Morrison (2004) har medisinerstudenter ved et universitet i Glasgow blitt fulgt i løpet av studietiden blant annet i forhold til bevissthet rundt etiske dilemmaer ved å innlede et forhold til en pasient de også har blitt kjent med privat. Artikkelen

konkluderer med at det er nødvendig å ha eksplisitt undervisning om dette temaet i løpet av studietiden. Forfatterne konkluderer også med at problembasert læring med vektlegging case-undervisning vil være en egnet undervisningsform, og at spesifikk undervisning om temaet forhåpentligvis kan bidra til færre tilfeller med grenseoverskridende atferd.

Jeg mener det er belegg for å hevde at innsatsen for å få ned antall rollesammenblandings-saker i helsevesenet bør økes. For å redusere antall saker, bør temaet rundt legerollen og legens ansvar for å forhindre at en lege-pasient-relasjon blir privat, tas inn som en obligatorisk del av legeutdanningen ved alle universitetene. Hvorvidt det hører med tidlig i undervisningen under medisinske atferdsfag og etikk, eller senere i studietiden, bør de medisinske fakultetene ta stilling til.

Jeg mener videre at temaet bør få økt fokus under spesialiseringen i psykiatri og særlig som ledd i oppfølgende kurs for ferdige spesialister i psykiatri. Tilsynssakene fra Statens helsetilsyn viser en trend der det særlig er eldre, erfarne mannlige psykiatere som innleder en privat og seksualisert relasjon til en av sine unge kvinnelige pasienter. Psykiatere som arbeider alene i private praksiser, er særlig utsatte. Det er ingen grunn til å tro at disse psykiaterne ikke vet at rollesammenblanding ikke bør forekomme. Likevel skjer det. Det er et håp om at mer fokus på denne problemstillingen også etter at det foreligger spesialistgodkjenning i psykiatri, kan bidra til at antallet av slike forhold reduseres.

Videre bør temaet også rutinemessig omtales og diskuteres ytterligere under spesialiseringen i allmennmedisin. Jeg har ikke undersøkt hvorvidt temaet berøres under de obligatoriske kursene til Den norske legeforening, men jeg vektlegger at allmennlegene jeg intervjuet mente de ikke hadde hatt noen systematisert undervisning om temaet under spesialiseringen i allmennmedisin. Ved å øke innsatsen innen spesialisering og re-sertifisering i allmennmedisin, bør en kunne få ned antall private relasjoner mellom allmennleger og pasienter. Det synes særlig å være en utfordring å øke bevissthet rundt legerollen når leger arbeider i små lokalsamfunn og når leger arbeider i solopraksis.

Jeg vil i denne sammenheng påpeke at diskusjon av kasuistikker i en gruppe, slik det ble gjennomført i fokusgruppeintervjuene og slik artikkelen til Goldie et al (2003) viste, synes å være en formålstjenlig måte å drøfte etiske og juridiske problemstillinger på. Gjennom gruppediskusjoner kan den enkelte deltaker gi uttrykk for sine holdninger, og gjennom diskusjon med kollegaer høyne refleksjons- og presisjonsnivået i saker som omhandler

normoppfatninger. Jeg mener at slike problembaserte diskusjonsgrupper kan være å foretrekke, dersom det legges opp til mer fokus på temaet rollesammenblanding i grunnutdanningen eller videreutdanningen av leger.

Konklusjon

Leger må ha en offisiell autorisasjon for å kunne utøve sitt yrke. Autorisasjonen innebærer en forhåndskontroll av egnethet og skikkethet. Leger som ikke overholder lovkravene i forhold til hvilke plikter dette innebærer, kan risikere å få en administrativ reaksjon fra Statens helsetilsyn. I de mest alvorlige sakene kan autorisasjonen tilbakekalles. Leger står i faren for å bli fratatt autorisasjonen dersom de utnytter sin rolle som behandler til å innlede et privat og seksualisert forhold til en pasient, såkalt rollesammenblanding. Antall tilsynssaker som hvert år ender opp med en administrativ reaksjon fra Statens helsetilsyn, gjenspeiler sannsynligvis bare toppen av et isfjell i forhold til det reelle antall saker der leger innleder et privat og seksualisert forhold til en pasient.

Resultatene i oppgaven viser at leger er opptatt av de forpliktelser som ligger i legerollen. Leger oppfatter at de har et stort ansvar for å sørge for at det ikke oppstår et intimt forhold mellom legen og pasienten. I denne oppgaven har jeg kartlagt hvilke faktorer leger mener skal vektlegges når en skal vurdere alvorligheten av tilsynssaker, og hva som skal til for at en lege bør få tilbakekalt autorisasjonen etter å ha innledet et forhold til en pasient. Jeg har også undersøkt om denne normoppfatningen gjenspeiler de vurderinger Statens helsetilsyn gjør i tilsynssaker som omhandler rollesammenblanding.

Legene jeg har intervjuet deler i det alt vesentligste Statens helsetilsyns oppfatning i at det må reageres overfor en lege, som trækker over den profesjonelle grensen som behandler og innleder et intimt forhold til en pasient.

Når det gjelder hvilke faktorer ved selve relasjonen som bør vektlegges, kom det i oppgaven fram at enkelte leger mener at pasientens væremåte og diagnose kan gjøre det svært vanskelig for legen å stå i mot seksuelle tilnærminger. Videre ble det påpekt at det i små bygder kan være særlig utfordringer for legen i forhold til avgrensninger mellom en profesjonell og privat rolle.

Det kom videre fram at det ikke nødvendigvis bør stilles strengere krav til psykiatere enn til allmennleger, når det gjelder ansvaret for å unngå at det utvikler seg en seksuell relasjon mellom lege og pasient. Allmennleger har i sin praksis ofte svært mange pasienter med psykiske lidelser. Dersom dette settes i relasjon til det totale antall konsultasjoner i

allmennpraksis, er sannsynligvis temaet rollesammenblanding totalt sett like utfordrende for allmennleger som for psykiatere.

Mange leger har relativt liten kunnskap om helsetilsynet generelt (Fylkesmannen og Statens helsetilsyn), og mange leger har begrenset kunnskap om hvordan tilsynsmyndighetene vurderer denne type tilsynssaker. Det var usikkerhet blant legene som ble intervjuet, hvorvidt det eksisterer en karenstid fra et lege-pasient-forholdet er avsluttet, til det er akseptabelt å innlede et privat forhold til en pasient.

Rådet for legeetikk i Den norske legeforening har også vurdert enkeltsaker som omhandler tidsrelasjoner i forhold til når det er akseptabelt å innlede et forhold til en pasient. Etiske vurderinger er viktige, men det kan være et behov for harmonisering av innspillene fra rådet for legeetikk og det som er Statens helsetilsyn praksis i forhold til tilbakekall av autorisasjon. Det synes som rådet for legeetikk legger et stort ansvar på den enkelte lege i forhold til å vurdere om det har vært et avhengighetsforhold mellom pasient og lege, og at rådet anbefaler at legen ut i fra dette, selv må ta stilling til om det er akseptabelt å inngå en relasjon med en pasient. Statens helsetilsyn vektlegger i sine vedtak at det alltid vil være en makt-ubalanse mellom lege og pasient, men mindre pasientkontakten har vært svært begrenset.

Når ulike fora diskuterer konsekvensene av rollesammenblanding, bør det fremkomme entydig at det er Statens helsetilsyn som vurderer om Helsepersonelloven er brutt og om autorisasjonen skal tilbakekalles. Etiske vurderinger kan gi gode innspill til den generelle diskusjonen, men leger bør ikke forledes til å tro at de rent etiske betraktningene er avgjørende dersom en lege meldes til tilsynsmyndighetene. Det bør også tydeliggjøres overfor leger at tilsynsmyndighetene ikke opererer med noen karenstid som innebærer at en lege kan innlede et forhold til en pasient, forutsatt at det har gått en viss tid siden behandlingsrelasjonen ble avsluttet.

Generelt synes det å være for lite oppmerksomhet rundt risikoen for at leger innleder et privat og intimt forhold til en pasient. Jeg vil i de neste punktene komme med noen forslag som kan virke som forebyggende tiltak. Målet må være å iverksette tiltak som kan bidra til at tilfeller av rollesammenblanding mellom pasient og lege i mindre grad oppstår, da konsekvensene av rollesammenblanding kan være store både for pasienten og legen.

Statens helsetilsyn bør vurdere følgende tiltak:

- Statens helsetilsyn bør anvende den kunnskap de har om saker som omhandler rollesammenblanding. Statens helsetilsyn bør søke å gå mer aktivt ut med informasjon rettet mot helsepersonell og deres yrkesorganisasjoner, slik at problemstillingen ytterligere settes på dagsorden. Publisering av oversiktsartikler i fagtidsskrifter og foredrag på ulike møter vil i denne sammenheng kunne ha positiv virkning
- Statens helsetilsyn bør ta initiativ til et samarbeid med blant annet Den norske legeforening ved rådet for legeetikk og universitetsmiljøene som særlig er opptatt av etiske problemstillinger. Yrkesorganisasjoner for andre helsepersonellgrupper bør også inngå i et slikt samarbeid. Målet bør være at en harmoniserer informasjonen og budskapene som gis til helsepersonell i slike saker. Samtidig bør en også se på tiltak som kan høyne bevisstheten hos helsepersonell og deres ledere i forhold til utfordringene ved å forhindre rollesammenblanding

I løpet av medisinerstudiet er det lite systematisk utdanning som omhandler temaet rollesammenblanding. Dette kom fram både blant legene jeg intervjuet, og i den kartleggingen jeg gjorde blant noen av de medisinske fakultetene ved universitetene i Norge. Legene som ble intervjuet mente også at det var for lite fokus på roller og rollesammenblanding i videre- og etterutdanningen av legene. Dersom en skal få på plass tiltak som kan forebygge at slike intime relasjoner oppstår, bør en se på hele utdanningsløpet for leger.

Universitetene og Den norske legeforening bør vurdere følgende tiltak:

- Systematisk opplæring under medisinerdanningen vil kunne bidra til at alle leger får en obligatorisk opplæring om rollesammenblanding
- Økt fokus på problemstillingen under spesialiseringsløpene, særlig i forhold til spesialisering i allmennmedisin og psykiatri
- Saker fra Statens helsetilsyn viser at flere erfarne psykiatere og allmennleger står for alvorlige rollesammenblandingssaker. Dette fordrer at det i etterutdanningen av ferdige spesialister også bør være fokus på bevisstgjøring ved legerollen og legens ansvar for å forhindre rollesammenblanding. Dette gjelder ikke minst leger som arbeider i solopraksiser

Gjennom økt fokus på legens ansvar for å ivareta en profesjonell rolle overfor pasienten, kan legen bli rustet til å unngå at han/hun innleder et forhold til en pasient. Gjennom dette kan legen forhindre at pasienter utsettes for traumatiserende opplevelser. I neste omgang vil dette også kunne føre til at færre leger får tilbakekalt sin autorisasjon på grunn av rollesammenblanding.

.

Litteraturliste

Bøker og tidsskrifter:

Brodsky, A. (1989): *Sex between patient and therapist. Psychology's data and response.*

I: Gabbard, G.O., red: *Sexual exploitation in professional relationships.* Washington, DC: American Psychiatric Press: 153-77.

Cordt-Hansen K., Johansen J. A. (2005): Seksuelt forhold mellom lege og pasient er uakseptabelt. *Tidsskr Nor Legeforen*; 125:1531-2.

Coverdale, J.H., Thomson, A.N., White, G.E. (1995): *Social and sexual contact between general practitioners and patients in new Zealand: attitudes and prevalence.* British Journal and General Practice, 45, 245-247

Galletly, C.A. (2004): Crossing professional boundaries in medicine: the slippery slope to patient sexual exploitation. *Med J Aust*; 181: 380-3.

Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M. & Localio, R. (1987): Reporting practices of psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. *Am J Orthopsychiatry*, 57, 287-295.

Giorgi A. (1985): *Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh, PA: Duquesne University Press: 8-22.

Goldie J., Schwartz L., Marrison, J. (2004): Sex and the surgery: students attitudes and potential behavior as they pass thorough a modern medical curriculum. *J Med Ethics*; 30; 480-6.

Grimen, H. (2001): *Tillit og makt – tre samanhengar.* Tidsskr Nor Legeforen; 121: 3617-9.

Gundersen, M.S. (2007): *Det skal ikke hende... Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi.* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Gutheil, T.G. & Brodsky, A. (2008): *Preventing Boundary Violations in Clinical Practice.* New York & London: The Guilford Press.

- Hall, K. (2001): Sexualization of the doctor-patient relationship: is it ever ethically permissible? *Fam Pract*; 511-5.
- Haavind, H. & Hvistendal, M. (1992): Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; nr. 11: 1-19.
- Hytten, K. (2011): Privat forhold mellom lege og pasient. *Tidsskr Nor Legeforen*; 131: 1100.
- Holroyd, J. & Brodsky, A. (1977): Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with clients. *Am Psychol*, 32, 843-9.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lamb, D. & Catanzaro, S. (1998): Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Prof Psychol*; 29: 498-503.
- Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 3. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ministry of Health and Long-Term Care (2011): *A Literature Review on Sexual Relationships between Patients and Health Professionals*. Ontario, Canada:
http://www.hprac.org/en/projects/resources/LiteratureReview_SexualRelationshipsbetweenPatientsandHealthProfessionals.pdf (11.11.2012).
- Pope, K. (1990a): Ethical and malpractice issues in hospital practice. *Am Psychol*, 45, 1066-70.
- Pope, K. (1990b): Therapist-patient sex as abuse. Six scientific, professional, and practical dilemmas, in addressing victimization and rehabilitation. *Prof Psychol*; 21, 227-39.
- Pope, K. (1990c): Therapist-patient sexual involvement: A review of the research. *Clin Psychol Rev*; 10, 477-90.
- Regan, S. et al (2010): Physician Attitudes toward Personal Relationships with Patients. *Med Care*; 48: 547-52.

Schoener, G. (1995): Assessment of professionals who have engaged in sexual boundary violations. *Psychiatr Ann*; 25: 95-9.

Schoener, G. (1999): *Preventive and remedial boundaries training for helping professionals and clergy: Successful approaches and useful tools*. *J Sex Educ Ther*; 24: 209-17.

Schoener, G. & Gonsiorek, J. (1988): Assessment and development of rehabilitation plans for counselors who have sexually exploited their clients. *J Couns Dev*; 67: 227-32.

Spickard WA Jr et al (2008): A continuing medical education approach to improve sexual boundaries of physicians. *Bull Menninger Clin*; 72: 38-53.

Statens helsetilsyn (2012). Autorisasjonsforhold i de nordiske land – utveksling av opplysninger:

http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/autorisasjon_norden.pdf.

09.11.12

Offentlige publikasjoner og lovverk:

Den norske legeforening: *Etiske regler for leger*. Vedtatt av landsstyret i Dnlf 1961 med endringer, senest 2002: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (11.11.2012)

Grammeltvedt G. (2012): *Utkast til pressemelding 2011*. Statens helsetilsyn

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV 1999-07-02-63

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV 1999-07-02-64

Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova). LOV 2006-05-19-16

Riksadvokaten (2001): *Lov om helsepersonells påtalemessig direktiver*. Riksadvokatens rundskriv nr. 5/2001

Statens helsetilsyn (2008): *Retningslinjer for behandling av saken etter helsepersonelloven § 67*. Statens helsetilsyns rundskriv IK – 2/2008

Straffeprosessloven § 229. LOV 1981-22-07-25

Nettsteder som er konsulert under arbeidet:

Den norske legeforening: <http://legeforeningen.no/>. 09.11.12

Healthcare Professionals Crossing Borders: www.hpcb.eu . 09.11.12

Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/>. 09.11.12

Samarbeidsavtale mellom europeiske land for utveksling av helsepersonell (2007),

Memorandum of understanding:

http://www.hpcb.eu/activities/documents/MoU_Master_2010.pdf. 09.11.12

Statens helsetilsyn: <http://www.helsetilsynet.no/>. 09.11.12

Andre linker

Conroy, P. (1986): *The Prince of Tides*. Filmatisert i 1991, produsert av Barbara Streisand.

Vedlegg

Kodegruppe med subgrupper

Forventninger til lege-pasientforholdet og beskrivelser av legerollen

- Legens profesjonelle rolle
- Pasientens rolle
- Styrkeforhold i relasjonen
- Spesielle forhold ved psykiaterrollen, versus allmennlegerollen

Betydningen av pasientens diagnose

- Betydningen av psykiatrisk sykdom
- Når pasienten oppsøker legen for banale lidelser

Tidsfaktoren ved vurdering av rollesammenblanding

- Betydningen av tid i forhold til når pasient-behandler-relasjonen ble avsluttet og den private relasjonen oppstod
- Betydningen av tid i forhold til når saken ble meldt til tilsynsmyndigheten

Formidlende/skjerpende faktorer ved relasjonen

- Ekte kjærlighet?
- Hvem tok initiativet?
- Betydningen av hvor de hadde sex
- Betydningen av aldersforskjell
- Betydningen av hvem som tok initiativet
- Trusler om offentliggjøring av forholdet
- Betydningen av dobbelstraff
- Utfordringer i en liten bygd

Vurdering av konsekvensen for den involverte legen

- Om legen bør miste autorisasjonen
- Om legen bør få en advarsel / andre reaksjonsformer

Generelle betraktninger som ikke er direkte relatert til kasuistikkene:

- Opplæring om legerollen og rollesammenblanding
- Ektefelle på fastlegelisten/henvisninger
- Kunnskap om behandling av tilsynssaker